栃木市　基本チェックリスト

（様式１）

被保険者番号（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　記入日（令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　男・女 | 生年月日 | T・S　　　年　　　月　　　日(　　　歳) |
| 住　所 | 栃木市 | 自宅電話 |  |
| 記入者（本人以外） |  | 記入者連絡先 |  |
| 希望する連絡先 | □本人（自宅）　　□記入者　　□その他(　　　　　　　℡　　　　　　　　　) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 質　問　項　目 | いずれかに○をつけてください |
| 1 | バスや電車で１人で外出していますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 8 | １５分くらい続けて歩いていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1. はい | 0. いいえ |
| 11 | ６ヵ月で２～３kg 以上の体重減少がありましたか | 1. はい | 0. いいえ |
| 12 | BMIが18.5である【体重　　　(㎏)÷身長　　　(ｍ)÷身長　　　(ｍ)＝　　　　】 | 1. はい | 0. いいえ |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1. はい | 0. いいえ |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか  | 1. はい | 0. いいえ |
| 16 | 週に１回以上は外出していますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて，電話をかけることをしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 21 | （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない | 1. はい | 0. いいえ |
| 22 | （ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1. はい | 0. いいえ |
| 23 | （ここ２週間）以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる | 1. はい | 0. いいえ |
| 24 | （ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない | 1. はい | 0. いいえ |
| 25 | （ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする | 1. はい | 0. いいえ |

|  |
| --- |
| (個人情報の取り扱いについて)　　　介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト等の内容を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　　筆 |