**介護保険　「基本チェックリスト」**

　　　 　　　記入日：令和　　　年　 　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 　 |  |
| 住　所 | 電話番号　　　　 | 生年月日（年齢） | 明・大・昭　 　年　 　月 　日　　　　　　　（　　　　歳） |
| № | 質問項目 | 回　　答 |
| １ | バスや電車で１人で外出していますか　　　＊車での外出を含みます | ０ はい　　１ いいえ |
| ２ | 日用品の買物をしていますか　　　　＊自分で購入しているかどうか | 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　　　　　　＊家族・親戚の家は含まない | ０ はい　　１ いいえ |
| ５ | 家族や友人の相談にのっていますか　　　　　＊電話での相談含む | 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 ＊時々の使用は「はい」 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　＊時々つかまっていれば「はい」 | ０ はい　　１ いいえ |
| ８ | １５分位続けて歩いていますか　＊途中立ち止まっていれば「いいえ」 | 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　　　　＊転びやすく感じる場合含む | １ はい　　０ いいえ |
| 11 | この６カ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか | １ はい　　０いいえ |
| 12 | 身長　（　　　　　　cm）　　体重（　　　　　　ｋｇ）　　（ＢＭＩ＝　　　　　　）（注） |
| 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　　　　　　　＊近所への訪問も含む | 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＊まわりの人から指摘されなければ「いいえ」 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　＊月と日のどちらか一方では「はい」 | 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)以前は楽にでき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 |

（注）BMI＝体重（kg）÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

※この欄は記入しないでください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 点数 | 可否 | 区分 | 点数 | 可否 |
| №1～20まで | 点　 |  | №16～№17まで | 点　 |  |
| №6～10まで | 点　 |  | №18～№20まで | 点　 |  |
| №11～12まで | 　点　 |  | №21～№25まで | 　点　 |  |
| №13～15まで | 　点　 |  |

【基本情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名申請者名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号※代理で申請した場合のみ記入すること |
| 現在の居住地 |  □　自宅 □　施設　　　施設名：　　　　　　　　　　　　　電話番号： □　入院中　　施設名：　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　 |
| 希望するサービス |  □　訪問型サービス □　通所型サービス □　一般介護予防事業 |
| 主な疾病 |  |
| 主治医 | 医療機関名（診療科） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 |  |