

大崎市基本チェックリスト

受付日 (年 月 日)

提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名) (続柄)
	<input type="checkbox"/> (古・志・玉・田) 地域包括支援センター
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者(事業所名)

基本項目	被保険者番号		記入日	年 月 日		
			記入者			
	フリガナ		男	生年	年 月 日 (歳)	
	氏名		女	月 日		
	住所	〒 電話番号 (携帯) (自宅) 連絡先 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他				
	状態区分	認定なし・要支援1・要支援2 ・ 要介護認定申請中				
	希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス				
身体状況						

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか 自分で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか 自ら買い物に出かけ、必要な物が買えていますか？	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか ご自身の判断で金銭管理を行っている場合「はい」とします。	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか 電話による交流は含みません。また家族や親戚の家への訪問は含みません。	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか 電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。	0. はい	1. いいえ

運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。 習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。	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 時々つかまっている程度であれば「はい」とします。	0. はい	1. いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません。	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
栄養	11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか 6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。	1. はい	0. いいえ
	12	身長 cm 体重 kg (BMI =) ※		
歯・口	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
外出	16	週に1回以上は外出していますか 過去1ヵ月の状態を平均して、週1回外出していれば「はい」となります。	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
もの忘れ	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 誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。	1. はい	0. いいえ
こころ	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
健康観	26	あなたの健康観についてお聞きします。 今あなたは健康だと思いますか	1. よい 2. まあよい 3. 普通 4. あまりよくない 5. よくない	

※BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

判定結果

該当 ・ 非該当

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書の利用決定事務にあたり、対象者の要介護状態区分を介護保険受給者管理台帳により確認することについて同意します。また、介護予防ケアマネジメントの作成等に必要があるときには、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

本人氏名

担当区域包括支援センター（古川 ・ 志田 ・ 玉造 ・ 田尻）