|  |
| --- |
| **基本チェックリスト**記入日：令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 住所 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　年　　　月　　　日 | 電話番号 |  |
| 質問事項 | いずれかに○をお付けください |
| １ | バスや電車で一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分位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カ月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか | １　はい | ０　いいえ |
| １２ | 身長　　　　　　㎝　体重　　　　　　㎏　（ＢＭＩ＝　　　　　） | １ BMI18.5未満 | ０ BMI18.5以上 |
| 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「いつも同じことを聞く」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 |

【情報提供の同意書】

　私は，基本チェックリスト及び基本情報に関する内容を，介護予防・日常生活支援総合事業利用のため，宇土市，地域包括支援センター，居宅介護支援事業所及び医療機関等の関係機関へ情報提供することに同意いたします。

　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自署

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （本人の場合は記入不要）申請者 | 氏名 |  |
| 続柄 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付印 | 提出日（　　　　　　）□事業対象者入力□支援事業所入力□負担割合証発行 |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者

**〈地域包括支援センター訪問希望日時〉**

令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　）　　　　　　　　　　時頃

**〈基本チェックリストの考え方〉**

①１～２０までの項目のうち，１０項目以上に該当

②６～１０までの項目のうち，３項目以上に該当

③１１～１２の２項目全てに該当

※BMI＝体重（㎏）÷｛身長（ｍ）×身長（ｍ）｝

④１３～１５までの項目のうち，２項目以上に該当

⑤１６に該当。１７に該当する場合には要注意。

⑥１８～２０までの項目のうち，１項目以上に該当

⑦２１～２５までの項目のうち，２項目以上に該当