

基本チェックリスト

2001

市町村コード

被保険者番号

記入日

 年 月 日

氏名		住所		〒		生年月日		年		月		日
希望するサービス内容												
No.	質問項目	回答：いずれかにし 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
2	日用品の買い物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ									
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ									
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ									
12	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ									
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ									
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ									
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ									
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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されますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ									
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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

東三河広域連合介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり必要なときは、この実施結果を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、総合事業サービス・活動提供事業者に提供することに同意しますか。

同意する 同意しない

令和 年 月 日 氏名(自署)