

基本チェックリスト

【受付】事業所名 _____ 担当 _____

氏 名		被保険者番号	2600
住 所			
こうなりたい			

年 月 日

NO.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください		点数 (職員記入)							
1	バスや電車で1人で外出していますか	O.はい	1.いいえ		/20						
2	日用品の買い物をしていますか	O.はい	1.いいえ								
3	預貯金の出し入れをしていますか	O.はい	1.いいえ								
4	友人の家を訪ねていますか	O.はい	1.いいえ								
5	家族や友人の相談にのっていますか	O.はい	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	O.はい	1.いいえ	/5							
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	O.はい	1.いいえ								
8	15分位続けて歩いていますか	O.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	O.いいえ								
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	O.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	1.はい	O.いいえ	/2							
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	O.いいえ	/3							
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	O.いいえ								
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	O.いいえ								
16	週に1回以上は外出していますか	O.はい	1.いいえ	/1							
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	O.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	O.いいえ	/3							
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	O.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	O.いいえ								
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	O.いいえ	/5							
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	O.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	O.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	O.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	O.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

相談受付時にお伺いした内容及び基本チェックリストの結果は、今後の支援に活用するため、地域包括支援センター及びその委託を受けた居宅介護支援事業所に提示します。	☐ 同意する ☐ 同意しない
--	---