**登別市　基本チェックリスト**

面接者：事業所名　　　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | | 明・大・昭  　　年　　月　　　日  　　　（　　　　　　）歳 | | | | | | | | |
| 住所 | 登別市　　　　町　　　丁目　　番地 | | | 電話番号 | | － | | | | | | | | |

記入日：平成　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ． | | 質問項目 | 回答（どちらかに○） |  |
| 生活全般 | １ | バスや電車で外出していますか  自分で車を運転して外出している場合も含みます。 | ０はい  １いいえ | １０/２０ |
| ２ | 日用品の買い物をしていますか  電話での注文は含みません。 | ０．はい  １.いいえ |
| ３ | 預貯金の出し入れをしていますか  自分の判断で金銭管理を行っていることを言います。 | 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「いいえ」となります。 | ０．はい  １.いいえ |
| ５ | 家族や友人の相談にのっていますか  家族や友人の相談に電話のみで相談に応じている場合も含みます。 | ０．はい  １.いいえ |
| 運動 | ６ | 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか  能力があっても習慣的に手すり等を使っている場合は「いいえ」となります。 | ０．はい  １.いいえ | ３/５ |
| ７ | 椅子に座った状態から何もつかまらず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、屋外を問いません。 | 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カ月間で２～３Ｋｇの体重減少がありましたか  ６か月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします。 | １．はい  ０．いいえ | ２/２ |
| １２ | 現在の身長（　　　　　　　　）ｃｍ  体重（　　　　　　　　）Ｋｇ　　　　　　　　ＢＭＩ　（　　　　　　） | ＢＭＩが　　　１８．５未満 |
|  | | | | |
| Ｎｏ． | | 質問項目 | 回答（どちらかに○） |  |
| 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  半年以上前から続いている場合は「いいえ」とします。 | １．はい  ０.いいえ | ２/３ |
| 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１回以上は外出していますか  過去１ヶ月の状態を平均してください。 | ０．はい  １.いいえ | １６に  該当 |
| 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 |
| 物  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  自分でそう思っていても周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」とします。 | １．はい  ０.いいえ | １/３ |
| 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  誰かに尋ねている場合は「いいえ」とします。 | 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  月と日の一方しか分からない場合は「はい」とします。 | 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 | 2/5 |
| 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  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 |

介護予防サービス支援計画の作成等必要のあるときは、本チェックリストを本市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

　平成　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名

（登別市受付印）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本チェックリストの結果 | 該当 | 非該当 |
| 面接者から本人へ基本チェックリスト実施結果のお知らせ | 実施済の場合☑　　　□ | |