

## 基本チェックリスト(那須町用)

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) 面接者: 町・包括・居宅( \_\_\_\_\_ )、氏名 \_\_\_\_\_

フリカ+		被保険者番号			
氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)
住所				電話番号	( )
No.	質問項目	回答 (いずれかに○印)		チェック欄	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ		No.1～20のうち10個以上
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ずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	No.6～10のうち 3個以上	①( )
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年間に転んだことはありますか	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ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	No.11・12の 2個全部	②( )
12	BMIが18.5未満ですか (BMI=体重 kg÷身長 m÷身長 m= )	1.はい	0.いいえ		
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	No.13～15のうち 2個以上	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		
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	No.16に該当	④( )
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されますか	1.はい	0.いいえ	No.18～20のうち 1個以上	⑤( )
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	No.21～25のうち 2個以上	⑥( )
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		
基本チェックリスト回答欄記入者 氏名 _____ (続柄 _____ )					受 付
<p>那須町、地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提供することに同意します。</p>					
_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ (代筆者)					
町確認欄	判定結果	該当項目	登録日	登録者	
	該当・非該当	1・2・3・4・5・6・7			