様式第２号（第７条関係）

**基本チェックリスト**（東三河広域連合　介護予防・日常生活支援総合事業）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 報 | 実施場所 |  | | | | | | | | | | 実施年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和  年　　月　　日(　　歳) |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 電話番号（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | 申請なし　　・　　申請中　　・　　要支援（ １ ・ ２ ）　　・　　要介護 | | | | | | | | | | | |
| 相談内容 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | No. | 質問項目 | 回答 | | 判定 | |
| 日常生活の状況 | 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 | ( )  ／  20  10/20  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 |
| 足腰の状況 | 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 | ( )/5  3/5以上 |
| 7 | 椅子に座った状態からなに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 |
| 栄養状況 | 11 | ６ヶ月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ | ( )/2  2/2 |
| 12 | 身長　　 　㎝　体重　 　　㎏（ＢＭＩ＝　 　　　）  ※ＢＭＩ（＝体重(kg) ÷身長(m) ÷身長(m) ）が18.5未満の場合に該当とする | 1.はい | 0.いいえ |
| 口腔状況 | 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 | ( )/3  2/3以上 |
| 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 |
| 閉じ  こもり | 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  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 |
| もの忘れ | 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 | 1.はい | 0.いいえ | ( )/3  1/3以上 |
| 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ときがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| ここ２週間の気持ち | 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 |  | ( )/5  2/5以上 |
| 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 |
| 事業対象者結果 | | | 該当　・　非該当 | | | |

介護予防・日常生活支援総合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、基本情報及び基本チェックリストの実施結果を東三河広域連合、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防・日常生活支援総合事業サービス提供事業者に提示することに同意します。

　　　　年　　　　月　　　　日　　　氏名（自署）