

基本チェックリスト

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和	
対象者氏名					年 月 日生 (歳)	
住所	つくばみらい市			TEL		
希望サービス		代理				
No.	質問項目			いずれかに○をお付けください		網かけ欄の○の数
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	
2	日用品の買物をしていますか			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	
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分くらい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	
11	6か月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ	
12	BMIが18.5未満である ※BMI = 体重 Kg ÷ 身長 m ÷ 身長 m		BMI=	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	
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	
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	
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	
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	

※事務処理欄 (受付者氏名： 市・包括・居宅)

No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	判定
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	NO16に該当	1点以上	2点以上	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 → 裏面へ <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 要介護(支援)認定申請
該当項目 (○をする)								

状況調査連絡票

市地域包括支援センターがご連絡をする際の参考資料とさせていただきますので、ご記入をお願いいたします。

《訪問日程調整の際の連絡先》

フリガナ 氏名	続柄：本人・妻・夫・子・嫁・その他()		
連絡先	電話番号： 平日連絡の取れる時間帯：いつでも大丈夫 /	携帯番号： 時頃・	時以降

《訪問場所・日時の希望》

訪問場所	1. 自宅 2. それ以外 → 住所： 訪問先名： 電話番号：		
日時希望	1. 希望なし 2. 希望あり（希望日時・曜日等）		

※訪問日時については、ご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。

《受診状況》

かかりつけ医	病院名	医師名
受診状況	1. 定期受診あり → 下記項目にお答えください 2. 定期受診なし	
病名		
服薬		
特記事項	※気になることや主治医に禁止されている動作等ありましたら、ご記入ください。	

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり必要があるときは、対象者確認票(様式1)基本チェックリスト(様式2)、状況調査連絡票(様式4)を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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示することに同意します。

被保険者氏名

印