

基本チェックリスト 新規 更新(令和 年 月 日開始)

記入日(令和 年 月 日)

被保険者番号		男	生年月日	明・大・昭	年	月	日(満 歳)
ふりがな		・	連絡先	自宅			
氏名		女	(電話番号)	携帯			
住所	下野市	希望する					
		サービス内容					

No.	質問項目	回答		事務局
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	
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箇月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長と体重をご記入ください。身長( cm)体重( kg) BMI( )=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1. 18.5未満	0. 18.5以上	
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)毎日常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	

申請者 (提出代行者)	氏名(名称):			
	住所:	担当者名:	電話番号:	

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、基本チェックリストの結果を地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所、その他必要な範囲で関係する機関へ提供することについて同意します。

本人氏名: \_\_\_\_\_ 家族氏名(代筆の場合): \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)