

基本チェックリスト

記入日 年 月 日 (提出者: )

被保険者番号										要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 認定なし(非該当・未申請) <input type="checkbox"/> 認定あり(要介護・要支援)	
ふりがな氏名							生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
住所	〒 -							電話番号				

質問項目		回答				
社会参加	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	/5	/20
	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		
運動器	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	/5	
	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		
栄養	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	/2	
	12	BMI(体格指数)が18.5未満ですか 身長( )cm 体重( )kg ※ BMI指数=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1. はい	0. いいえ		
口腔	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	
	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1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	/2	
	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されますか	1. はい	0. いいえ	/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	0. はい	1. いいえ		
	20	今日が何月何日か分からないことがありますか	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	/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		

はつらつシニア支援事業に関する事業対象者判定に際し、基本チェックリストに回答することに同意します。また事業対象者となった場合に、基本チェックリストの回答内容及び主治医意見書等について、市及び高齢者総合相談センター等に情報提供することに同意します。

(代理人の場合)

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 代理人氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係: \_\_\_\_\_)

市記入欄

受付者	送付先変更	収納状況	判定結果	センター連絡	<input type="checkbox"/> 包括システム チェックリスト入力 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	アイネス入力	送付したもの
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 電話連絡 <input type="checkbox"/> センター-棚入		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 居宅届出	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 ( / )