　　　　　　　　　　　　　　　　　　　基本チェックリスト　　　 　　小松市長寿介護課　認定担当（R4.6改）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | 記入日 | | 令和　 　年　 　月 　　　日 | | |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | | | | 生年  月日 | | 大・昭  年 　月 　日 | | | | | 年齢 |  | 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ら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ヵ月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか | 1.　はい | 0.　いいえ | ／2 |
| 12 | ＢＭＩ（体格指数）が18.5未満ですか  身長（　　　　　）ｃｍ　体重（　　　　　）㎏　※ ＢＭＩ指数＝体重（㎏）÷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言われますか | 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：　　　　　　　）

（提出代行者）　（　　　　　　　　　　　　）高齢者総合相談センター　　担　当：（　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付者 | 送付先変更 | 収納状況 | 判定結果 | 要介護認定 | 入力 | 送付したもの |
|  | □要  □不要 | □完納  □未納 | □該当  □非該当 | □認定無  □認定有 | □包括システム  □アイネス | □保険証  □負担割合証 |

市記入欄

／

状況調査票

はつらつシニア支援事業を利用するにあたって、高齢者総合相談センター等が利用者の生活状況等を把握します。つきましては、状況調査の日程等のために、以下についてお答えください。

長寿介護課窓口受付時に使用

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 電話番号 |  | | |
| 携帯番号 |  | | |
| 状況調査の方法 | | □　センター等が自宅に訪問  □　本人がセンター等に来所  □　その他 | | |
| 訪問先住所 | | □　本人自宅  □　その他  　　　住所  　　　訪問先  　　　電話番号 | | |
| 状況調査日時について | | * 希望日は特にない * 曜日・時間の希望あり   　　（　月　　火　　水　　木　　金　）  　　（　午前　　　午後　）　　　　　　　時ごろ | | |
| 状況調査に同席される人はいますか？ | | * いる　　（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係　　　　　） * いない | | |
| 特記事項 | |  | | |

（表１）事業対象者に該当する基準　　　※基準該当項目欄に〇を記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 状　態 | 該当 |
| １～20のうち10項目以上に該当 | 複数の項目に支障 |  |
| ６～10のうち３項目以上に該当 | 運動機能の低下 |  |
| 11、12すべてに該当 | 低栄養状態 |  |
| 13～15のうち２項目以上に該当 | 口腔機能の低下 |  |
| 16、17のうち16に該当 | 閉じこもり |  |
| 18～20のうち１項目以上に該当 | 認知機能の低下 |  |
| 21～25のうち２項目以上に該当 | うつ病の可能性 |  |