**基本チェックリスト**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 記入日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日 | 希望するサービス内容 |  |
| No. | 質問項目 | 回答：いずれかに〇をお付けください |
| 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 | 階段や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 |
| 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ヶ月間で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　　　　　cm　　体重　　　　　kg　（ＢＭＩ　＝　　　　　）（注） |
| 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 |
| 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 |

（注）ＢＭＩ＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当する

|  |
| --- |
| 介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、基本チェックリストの結果を、宝塚市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、サービス事業者に提供することに同意します。本人氏名 |