

基本チェックリスト 年 月 日 (実施場所 包括名 受付者)
 被保険者番号() チェックリスト回答者(本人・家族・その他) 把握経路(01.02.03.04.05.06.07.90)

氏名		生年月日	M T S	年	月	日生
住所	〒 - 柏市	電話番号	-			

下記の質問項目に回答をお願いします(当てはまる項目に○, 問12においては, 数字を記入)

No.	質問項目	回答		結果
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
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	/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分位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ヵ月間で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	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMIが18.5未満)	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	/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	
16	週に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	
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云われますか	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	/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	
	あなたの現在の健康状態はいかがですか (主観的健康感)	よい・まあよい・ふつう あまりよくない・よくない		

地域包括支援センター等が行う介護予防ケアマネジメント実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、柏市役所、居宅介護支援事業者、サービス事業者、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに情報提供することに同意します。

年 月 日 氏名

包括記載欄：(要支援等からの移行・新規) サービス利用適用(変更)日 年 月 日※

※新規は基本チェックリスト実施日を記載してください。