幕別町　基本チェックリスト

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年　　　月　　　日 | 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | | | 明・大・昭  　　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | |
| 住　所 | 幕別町 | | | 電話番号 | | | 自宅（　　　　）　　－  携帯　　　　－　　　－ | | | | | | | |

\*６５歳以上の方が対象となります。

\*介護被保険者証を添えて提出ください。太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ． | | 質問項目 | 回答  （どちらかに○印） | | | | 包括確認欄一次判定 |
| **生活全般** | **1** | **バスや電車で1人で外出していますか**  　ご自分で車を運転して外出している場合も含まれます | 0 | はい | 1 | いいえ | ①  1～20のうち10個  □ |
| **2** | **日用品の買い物をしていますか**  　買い物に出かけて、必要なものが買えますか | 0 | はい | 1 | いいえ |
| **3** | **預貯金の出し入れをしていますか**  　窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか | 0 | はい | 1 | いいえ |
| **4** | **友人の家を訪ねていますか**  電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません | 0 | はい | 1 | いいえ |
| **5** | **家族や友人の相談にのっていますか**  電話やメールによる相談は含まれます | 0 | はい | 1 | いいえ |
| **運　動** | **6** | **階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか**  　時々使う程度であれば「はい」  　能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします | 0 | はい | 1 | いいえ | ②  運動の  うち3個  □ |
| **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**  　時々使う程度であれば「はい」とします | 0 | はい | 1 | いいえ |
| **8** | **１５分くらい続けて歩いていますか**  　屋内、屋外等の場所は問いません | 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**  　転倒したかどうかをお答えください | 1 | はい | 0 | いいえ |
| **10** | **転倒に対する不安は大きいですか**  　ご自分の感じ方でお答えください | 1 | はい | 0 | いいえ |

**裏面もあります**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ． | | 質問項目 | 回答  （どちらかに○印） | | | | 包括確認欄一次判定 |
| **栄　養** | **11** | **６カ月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか**  　６カ月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします | 1 | はい | 0 | いいえ | ③  栄養の  2個全部  □ |
| **12** | **現在の身長（　　　　）㎝　　体重（　　　　）㎏**  ＢＭＩ18.5未満（ＢＭＩ＝体重㎏÷身長ｍ÷身長ｍ） | 1 | 18.5未満 | 0 | 18.5以上 |
| **歯・口** | **13** | **半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか**  　半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします | 1 | はい | 0 | いいえ | ④  歯・口のうち2個  □ |
| **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 |
| **外　出** | **16** | **週１回以上は外出していますか**  　過去１カ月の状態を平均してください | 0 | はい | 1 | いいえ | ⑤  16に該当  □ |
| **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 |
| **もの忘れ** | **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言われますか**  　ご自分で物忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします | 1 | はい | 0 | いいえ | ⑥  物忘れのうち1個  □ |
| **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**  　誰かに調べてもらう、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします | 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**  　月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします | 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 | ⑦  こころのうち2個  □ |
| **22** | **(ここ２週間）これまでに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ある** | 1 | はい | 0 | いいえ |

**コメント（地域包括支援センター等記入欄）**

利用予定サービス（　訪問型サービス　・　通所型サービス　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町確認欄 | 判定結果 | 該当項目 | 受付  （包括入力） | システム入力 | 保険証発送 | 備考 |
| 該当　・　非該当 | ①・②・③・④・⑤・⑥・⑦ |  |  |  |  |