

幕別町 基本チェックリスト

*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。

記入日	年 月 日	被保険者番号							
フリガナ 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 - -				

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2～3kg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 <input type="checkbox"/>
	12 現在の身長()cm 体重()kg BMI 18.5未満 (BMI=体重kg÷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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	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			