

被保険者NO.											受付者 介護・高齢・包括
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

住所： _____ 電話： _____ (_____)
 氏名： 三田 秀雄 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) 代理： _____ (続柄 _____)

基本チェックリスト 実施日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

No.	質問項目	回答:いずれかに○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 <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
10	転倒に対する不安はおおきいですか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
12	身長 161 cm 体重 57.4kg (BMI=22.1) (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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1: はい <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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されますか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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なった	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感
○	○				○	○	2

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、事業対象候補者選定に関する申請書及び基本チェックリストの記入内容について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名 三田 秀雄