

むつ市 基本チェックリスト

実施日	令和 年 月 日	実施者	本庁・分庁(川内・大畑・脇野沢)・包括(直営・桜木・みちのく)・居宅()			
被保険者番号		生年月日	大・昭 年 月 日(歳)	性別	男・女	
氏名		住所				
連絡先	氏名 (続柄)	電話番号		連絡可能な時間帯		
相談内容 既往歴等	(サービス利用希望: あり ・ なし)					
No	質問項目	回答		判定		
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	() /20 10/20以上	() /5 3/5以上	
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		() /2	
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		() /3	
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カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ		() /3	
12	身長 m 体重 kg(BMI=) (注)	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		2/3以上	
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		() /2 No.16 該当	
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		() /3	
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	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		1/3以上	
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 2/5以上		
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			

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする ※不明な場合は、「いいえ」を選択

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、基本チェックリストの記入内容について、介護福祉課、地域包括支援センター及び一部委託先居宅介護支援事業所に提供することに同意します。

被保険者氏名
