**豊岡市基本チェックリスト**

 実施日：令和　　 年　　 月　　 日（　　 ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 豊岡市電話：　　　－　　　　　　 | 希望するサービス(該当に○) | 訪問介護 ・ 通所介護(一般・リハ)運動からだ元気塾支え合い生活支援 ・ 支え合い通所 |
| № | 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 | 1．いいえ | /20(10) |  |
| 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らずに昇っていますか | 0．はい | 1．いいえ | /5 (3) |
| 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ヶ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか | 1．はい | 0．いいえ | /2 (2) |
| 12 | 身長　　　　　cm　　　体重　　　　　kg　　　（BMI＝　　　　　）(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 | 0．いいえ | /3 (2) |
| 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 | /1 (No16) |
| 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いわれますか | 1．はい | 0．いいえ | /3 (1) |
| 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 (2) |
| 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（㎏）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医の氏名 | 医療機関名　　　　　　　　　診療科 |

|  |
| --- |
| 基本チェックリストの結果を介護予防・日常生活支援総合事業に活用するため、主治医、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所、介護予防・生活支援サービス事業者へ提供することに同意します。令和 　　年　　 月　　 日本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　　（代理者　　　　　　　　　　　続柄　　　 ） |
| 包括記入 | 実施包括 | 豊岡、 城崎・竹野、 日高、 出石・但東 | 受　付　印 |
| 担当者(実施者) |  |  |
| 介護認定申請 | 有（申請日：令和 　　年 　　月 　　日） ・ 無 |
| 市記入 | 該当　・　非該当 | 有効期間開始日:令和　　　年　　　月　　　日 |