基本チェックリスト

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番　　号 |  | 記入日 | 平成　　年　　月　　日 | 担当者 |  |
| 氏　　名 |  | 住所 | 岩泉町 |
| 生　　年月　　日 | 大昭　　　年　　月　　日（　　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 | 行政区 |  |
| 連絡先 | 氏名　　　　　　　　　（続柄　　　） | 電話 | － | 連絡可能な時間帯 |  |
| 相談内容・既往歴等 |  |
| NO | 質問事項 | 回答 | 判定 |
| 1 | バスや電車で一人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | (　)／2010/20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 | 階段や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 | (　)/53/5以上 |
| 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以上の体重減少はありましたか | 1.はい | 0.いいえ | (　)/22/2 |
| 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 | (　)/32/3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 |
| 16 | 週に１回以上は外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | (　)/2No.16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 |
| 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言われますか | 1.はい | 0.いいえ | (　)/31/3以上 |
| 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 |  | (　)/52/5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。

|  |
| --- |
| 　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等について、町民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。　平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |