

益田市 基本チェックリスト

実施日 令和 年 月 日

フリガナ				被保険者番号					
氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	T・S	年	月	日
住所						電話 番号			
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		対応者	<input type="checkbox"/> 市高齢者福祉課： <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター：					

No.	質問事項	回答 (いずれかに○)	
生活全般	1 バスや電車でひとりで外出していますか	0. はい	1. いいえ
	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
運動	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
	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
栄養	11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
	12 身長 cm 体重 kg (BMI = ) (注)	1. 該当	0. 非該当
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	1. はい	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	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
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
	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
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
	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 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする

チェックリスト判定	生活全般 No1~No20	運動 No6~No10	栄養 No11~No12	口腔機能 No13~No15	外出 No16~No17	もの忘れ No18~No20	こころ No21~No25	要介護 認定申請
該当基準	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
判定結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当							

基本チェックリストの実施にかかる個人情報について、益田市・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・その他総合事業を提供する上で必要となる関係機関に提供することに、

同意します 同意しません 令和 年 月 日 氏名(本人)