

## 本人記載用

記入日： 年 月 日( )

| 氏名         | 住 所                               | 生年月日                  |       |  |
|------------|-----------------------------------|-----------------------|-------|--|
| 希望するサービス内容 |                                   |                       |       |  |
| No.        | 質問項目                              | 回答：いずれかに○<br>をお付けください |       |  |
| 1          | バスや電車で1人の外出していますか                 | 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 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         | 口の渴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 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 22         | (ここ2週間)これまで楽しんでやっ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

介護予防ケアマネジメントの作成等介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、介護保険負担割合、基本チェックリスト記入内容、利用者基本情報、アセスメントシートを、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

## 基本チェックリスト(総合事業サービス利用希望者用 新規・更新)

R5.4 改定版

|               |    |   |
|---------------|----|---|
| チェックリスト実施日    | ・  | ・ |
| チェックリスト実施者:所属 | 氏名 |   |

|                                |   |    |   |      |     |     |
|--------------------------------|---|----|---|------|-----|-----|
| フリガナ                           |   | 住所 | 〒 |      | 性別  | 男・女 |
| 氏名                             |   | 年齢 | 歳 | 電話番号 |     |     |
| 生年月日                           |   |    |   |      | TEL |     |
| 被保険者証の<br>送付先                  | 住所  | 〒  |   |      |     | 続柄  |
| 氏名                             |   |    |   |      |     |     |
| 希望するケアマネージャー<br>(※希望がある場合のみ記入) |   |    |   |      |     |     |
| 前回の認定情報(※直近で認<br>定をお持ちの方のみ)    | 要支援( ) 要介護( ) ※( )に介護度を記載<br>有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |    |   |      |     |     |

※以下の質問項目について、該当する項目に○を付けてください。

|   |    |    |   |     |     |  |
|---|----|----|---|-----|-----|--|
| 1) 医師から次の病気にはかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？ |    |    |   |     |     |  |
| ①脳卒中(脳梗塞・脳出血等)                            | ある | なし | ・ | 治療中 | 病院名 |  |
| ②高血圧                                      | ある | なし | ・ | 治療中 | 病院名 |  |
| ③心臓病(心筋梗塞・心不全等)                           | ある | なし | ・ | 治療中 | 病院名 |  |
| ④不整脈<br>(心室性頻拍、発作性上室性頻拍等)                 | ある | なし | ・ | 治療中 | 病院名 |  |
| ⑤糖尿病                                      | ある | なし | ・ | 治療中 | 病院名 |  |
| ⑥その他(病名: )                                | ある | なし | ・ | 治療中 | 病院名 |  |
| (病名: )                                    | ある | なし | ・ | 治療中 | 病院名 |  |

## 2) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

|  |  |
|--|--|
| J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。       | 1 交通機関を利用して外出する<br>2 隣近所なら外出する                                   |
| A 屋内の生活はおおむね自立しているが、介助なしに外出しない。            | 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する<br>2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている |
| B 屋内の生活は何らかの介助を有し、日常もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 | 1 車いすに移乗し、食事排泄はベッド上から離れて行う<br>2 介助により車いすに移乗する                    |
| C 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいても介助を要する。         | 1 自力で寝返りをうつ<br>2 自力では寝返りもうたない                                    |

(裏面へ)