

# 基本チェックリスト

記入日 平成 年 月 日

			介護保険被保険者番号	
フリガナ		男女	電話番号	042 ( )
氏名			生年月日	大正・昭和 年 月 日生
住所	稲城市		世帯	1. ひとり暮らし 2. 2人以上で65歳以上のみ 3. その他( )
記入者		続柄	住所	
希望するサービス	1.通所サービス 3.その他( )	2.訪問サービス	電話番号	

No	質問	回答 - いずれかに○をつけてください		項目
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	生活
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	いいえ	運動
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	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	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	はい	いいえ	栄養
12	身長 cm / 体重 kg (大まかでもかまいません)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	口腔
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	外出
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	理解
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	はい	いいえ	
20	今日が何月何日か分からない時がありますか	はい	いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	気分
22	( " ) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	いいえ	
23	( " ) 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	はい	いいえ	
24	( " ) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ	
25	( " ) わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ	

市・地域包括支援センター記入欄	合計 / 20	該・非
-----------------	---------	-----

※介護予防サービス等の利用にあたり、地域包括支援センターに情報提供いたします。