

被保険者No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 付		
包括	福祉	健康

住所:小布施町大字 (自治会) 電話: ()

氏名: (大・昭 年 月 日生)

代理者: 住所(対象者と異なる場合):

続 柄: 電話(携帯):

基本チェックリスト

実施日:令和 年 月 日

No.	質問項目	回答:いずれかに○をお付けください		
1	バスや電車または車などで、一人で外出できますか	0:はい	1:いいえ	
2	日用品の買い物ができますか	0:はい	1:いいえ	
3	預貯金の出し入れができますか	0:はい	1:いいえ	
4	友人の家を訪ねたり、または友人が訪ねてきたりしていますか	0:はい	1:いいえ	
5	家族や友人の相談にのるなど交流をもっていますか	0:はい	1:いいえ	/20
6	階段を手すりや壁をつたわらなくても上れますか	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れますか	0:はい	1:いいえ	
8	15分位続けて歩いたり、畑仕事などができますか	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	/5
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)			/2
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	1日に何回も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	口の渇きが昼夜問わず常に気になりますか	1:はい	0:いいえ	/3
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	/2
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されますか	1:はい	0:いいえ	
19	電話番号がわからない時は自分で番号を調べて電話をかけることができますか	0:はい	1:いいえ	
20	1日に何回も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	/3
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ではおっくうになった	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	/5
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない		

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感

基本チェックリストの回答内容により総合事業対象者となり、介護予防ケアマネジメントを希望する場合は、基本チェックリストの内容を小布施町、町地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防・生活支援サービス事業提供者に提示することに同意します。

※利用希望サービス(聞き取り)

訪問介護・通所介護・他()

※町処理欄

システム	REAMS	被保険者証	ケアマネ

被保険者氏名