安来市基本チェックリスト

様式1

実施日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施場所 | 地域包括支援センター・自宅その他（　　　　　）・市窓口 | 要介護（要支援）認定同時申請 | あり・なし |
| 住 所 | 安来市 | 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　年　　月　　日（　　　歳） | 電話 |  |
| No. | 質問項目 | 回答（いずれかに○をおつけください | 項目 | 得点 |
| 1 | 自動車やバスや電車で１人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | 生活 | /5 |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 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 | 運動 | /5基準3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カ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ | 栄養 | /2基準全該当 |
| 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 | 口腔 | /3基準2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 | 閉じこもり | /2基準No.16のみ |
| 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 | 認知 | /3基準1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 |
|  | No.1～20の合計 | /20基準10以上 |
| 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 | こころの健康 | /5基準2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）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 |

安来市長　様

　　私の基本チェックリストの回答内容については、安来市が次に記載するところにより活用することに同意します。

　１，基本チェックリストは、私の生活機能等の状況把握のほか、安来市における介護予防事業の評価、検証の基礎

資料とすることを目的に使用し、本人の許可なく、目的以外の使用をしないこと。

　２．基本チェックリストで回答した内容は、介護予防事業の効果的な実施のため、安来市地域包括支援センターと

介護予防事業実施事業者と情報共有されること。

３．基本チェックリストで回答した内容は個人情報保護に関する法令に従い、厳重な管理すること。

 氏　名