

基本チェックリスト実施受付票

1 被保険者記入欄

被保険者番号									記入日	平成 年 月 日
ふりがな 氏 名	(男・女)							生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
住 所	〒							電話番号		
記入者 (本人以外)								記入者連絡先		
連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 記入者 <input type="checkbox"/> その他 (Tel		

2 同意欄

(1) 基本チェックリストの実施について

介護予防・日常生活支援サービス事業の利用にあたり、基本チェックリストを実施することに同意します。

(2) 個人情報の取り扱いについて

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施するにあたり、被保険者本人の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト等の内容を、いわき市から地域包括支援センターの関係人に提供することに同意します。

平成 年 月 日

本人氏名

(代理人氏名)

(本人との関係)

3 基本チェックリスト実施結果

複数の項目	運動機能	栄養状態	口腔機能	閉じこもり	認知機能	うつの可能性

4 介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター

	名 称	電話番号
<input type="checkbox"/>	平地域包括支援センター	22-1174
<input type="checkbox"/>	小名浜地域包括支援センター	53-4760
<input type="checkbox"/>	勿来・田地域包括支援センター	63-2140
<input type="checkbox"/>	常磐・遠野地域包括支援センター	43-2151
<input type="checkbox"/>	内郷・好間・三和地域包括支援センター	27-8660
<input type="checkbox"/>	四倉・久之浜大久地域包括支援センター	32-2115
<input type="checkbox"/>	小川・川前地域包括支援センター	83-1411

収 受 欄	(受理した地区センター又は 地域包括支援センターが押印)	
	受付者	

※收受後、写しを交付すること。

市記入欄 (※所管の地区保健福祉センターが記入)

(伺) 基本チェックリストの結果、事業対象者として該当させてよいか伺います。

決 裁 欄	所長	次長	係長	係員	受付日	平成 年 月 日	添付書類確認欄 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届 <input type="checkbox"/> チェックリスト対象者確認票
					起案日	平成 年 月 日	
					起案者		

基本チェックリスト

被保険者氏名

生年月日 M・T・S 年 月 日

記入日 平成 年 月 日 ()

No.	質問項目	回答 (いずれかに ○をお付けください)		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0: はい	1: いいえ	/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ずに昇っていますか	0: はい	1: いいえ	/5
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	/2
12	身長 = c m 体重 = k g (BMI =)	1: はい	0: いいえ	
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	/3
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	/2
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されますか	1: はい	0: いいえ	/3
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	/5
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。