|  |
| --- |
| 受付者 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　被保険者ＮＯ.

住所:美里町　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話: （　　　　）

氏名: 　　　　 （　　　年　　月　　日生） 代理:　　　　　　　　　　　　 （続柄　　　）

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 | バスや電車で１人で外出していますか | 0:　はい | 1: いいえ | /20 |
| 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 | /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おおきいですか | 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 | /2 |
| 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 | /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言われますか | 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 |
| 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未満の場合に該当とする

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 事業対象候補者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者と

なった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、福祉課及び美里町地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名