**基本チェックリスト(総合事業サービス利用希望者用　新規・更新)**

|  |  |
| --- | --- |
| チェックリスト実施日：令和 　　年 　　月　　　日( ) |  |
| チェックリスト実施者：所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 住所 | 〒 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  | 年齢 | 　　　　　　歳 | 電話番号 |  |
| 介護保険証の送付先 | 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　続　柄 |
| 前回の認定情報（直近で認定をお持ちの方のみ） | 要支援(　　　　)　　　要介護(　　　　)　　※(　　　)に介護度を記載　 |
| 有効期間　　令和　　　年　　　月　　　日 ～ 令和　　　年　　　月　　　日 |

※以下の質問項目について、該当する項目に○をつけてください。

|  |
| --- |
| １) 医師から次の病気にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか？ |
| ①脳卒中(脳梗塞・脳出血等) | ある　　・　　なし　　・　　治療中　　病院名 |
| ②高血圧 | ある　　・　　なし　　・　　治療中　　病院名 |
| **③心臓病(心筋梗塞・心不全等)** | ある　　・　　なし　　・　　治療中　　病院名 |
| **④不整脈(心室性頻拍、発作性上室性頻拍等)** | ある　　・　　なし　　・　　治療中　　病院名 |
| ⑤糖尿病 | ある　　・　　なし　　・　　治療中　　病院名 |
| ⑥その他(病名：　　　　　　　　　　　　　　　　) | ある　　・　　なし　　・　　治療中　　病院名 |
| (病名：　　　　　　　　 　　　　　　　) | ある　　・　　なし　　・　　治療中　　病院名 |
| ２）入院をしたことがありますか？　入院歴がある場合のみ記入してください。 |
| 病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 入院期間：令和 　　年 　　月 　　日～令和 　　年 　　月 　　日 |
| ３) 日常生活の活動について |
| Ｊ 何らかの障害を有するが、日常生活は　　ほぼ自立しており、独力で外出する。 | 1交通機関を利用して外出する |
| 2隣近所なら外出する |
| A 屋内の生活はおおむね自立しているが、介助なしに外出しない。 | 1介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する |
| 2外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている |
| B 屋内での生活は何等かの介助を有し、日常もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 | 1車いすに移乗し、食事や排泄はベッド上から離れて行う |
| 2介助により車いすに移乗する |

**裏面へ**

**基本チェックリスト**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 質　　問　　項　　目 | 回　　答（いずれかに○をつけてください） | 結　　果 |
| 1 | バスや電車で一人で外出していますか | 0：はい | 1：いいえ | №1～20 /20（10点以上） |
| 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伝わらずに昇っていますか | 0：はい | 1：いいえ | №6～10 /5（3点以上） |
| 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分くらい続けて歩いていますか | 0：はい | 1：いいえ |
| 9 | この1年間で転んだことはありますか | 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か月で２～３㎏の体重減少はありましたか | 1：はい | 0：いいえ | №11,12 /2（2点以上） |
| 12 | 身長　　　　　　　㎝　　体重　　　　　　　㎏◎ＢＭＩが18.5未満ですか？ＢＭＩ＝体重(　　　　㎏)÷{(身長　　　　ｍ)×(身長　　　　ｍ)} | 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 | №13～15 /3（2点以上） |
| 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 | №16,17 /2（№16） |
| 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ことを聞くなどの物忘れがあるといわれますか | 1：はい | 0：いいえ | №18～20 /3（1点以上） |
| 19 | 自分で電話番号を調べて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 | №21～25 /5（2点以上） |
| 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)以前は楽にできていたことが今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おもえない | 1：はい | 0：いいえ |
| 25 | (ここ２週間)わけもなくつかれたような感じがする | 1：はい | 0：いいえ |
| 26 | 現在の健康状態はいかがですか（主観的健康感） |
| 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 |

　三木市が行う介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要がある時は、基本チェックリスト記入内容、実態把握票（フェイスシート）等を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

令和 　　年　 　月　 　日　　氏名

ｋｋｋｋ