

芦屋市基本チェックリスト

| | | | | | | | | | | |
|------|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | | | | |
| 住所 | | | 電話番号 | () - | | | | | | |
| 認定状況 | <input type="checkbox"/> 要支援 | <input type="checkbox"/> 要介護 | 有効期間 | 令和(平成) 年 月 日から令和(平成) 年 月 日まで | | | | | | |

記入日：令和 年 月 日 ()

| 分類 | No. | 質問項目 | 回答 |
|-----------------------------------|-----|---|--------|
| ①生活全般 点 10/20 | 1 | バスや電車で1人で外出していますか？ 自分で車を運転して外出している場合も含まれます。 | はい・いいえ |
| | 2 | 日用品の買い物をしていますか？ 電話注文は含みません。 | はい・いいえ |
| | 3 | 預貯金の出し入れをしていますか？ 自分の判断で金銭管理をしていますか。 | はい・いいえ |
| | 4 | 友人の家を訪ねていますか？ 電話等による交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません。 | はい・いいえ |
| | 5 | 家族や友人の相談にのっていますか？ 電話やメール等による相談を含みます。 | はい・いいえ |
| ②運動 点 3/5 | 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか？ 時々使っている場合は「はい」、習慣的に使っている場合は「いいえ」とします。 | はい・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っていますか？ 時々つかまる場合は「はい」とします。 | はい・いいえ |
| | 8 | 15分位続けて歩いていますか？ 場所は問いません。 | はい・いいえ |
| | 9 | この1年間に転んだことはありますか？ | はい・いいえ |
| ③栄養 点 2/2 BMIが 18.5以下 | 10 | 転倒に対する不安は大きいですか？ ご自身のお気持ちでお答えください。 | はい・いいえ |
| | 11 | 6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか？ | はい・いいえ |
| ④口腔 点 2/3 | 12 | 現在の身長・体重・BMIをご記入ください。 身長()cm 体重()kg BMI() =体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm) | |
| | 13 | 半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか？ | はい・いいえ |
| | 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか？ | はい・いいえ |
| | 15 | 口の渇きが気になりますか？ ご自身の主観でお答えください。 | はい・いいえ |

| | | | |
|-----------------------|----|--|--------|
| ⑤外出 No.16に 該当 | 16 | 週に1回以上は外出していますか？ 週によって頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。 | はい・いいえ |
| | 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか？ | はい・いいえ |
| ⑥もの 忘れ 点 1/3 | 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？ ご自身でもの忘れがあると思っている場合は含みません。 | はい・いいえ |
| | 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？ 誰かに番号を尋ねて電話をかける場合は含みません。 | はい・いいえ |
| | 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか？ | はい・いいえ |

※以下の5つの質問は、ここ2週間のことについてお答えください。

| | | | |
|-----------------|----|-----------------------------|--------|
| ⑦ころ 点 2/5 | 21 | 毎日の生活に充実感がない。 | はい・いいえ |
| | 22 | これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。 | はい・いいえ |
| | 23 | 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる。 | はい・いいえ |
| | 24 | 自分が役に立つ人間だと思えない。 | はい・いいえ |
| | 25 | わけもなく疲れたような感じがする。 | はい・いいえ |

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者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記入内容、利用者基本情報、アセスメントシートの3点を、居宅介護支援事業所、総合事業におけるサービス事業実施者等、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する者に提示することに同意します。

氏名 _____ 印 _____

※以下は地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所担当者記入欄

| |
|------|
| コメント |
|------|

| | | |
|--------|------|----------|
| 担当事業所名 | 担当者名 | 事業対象者 |
| | | 該当 ・ 非該当 |

| | | | |
|------|----------|---------------------------|----------|
| 市確認欄 | 判定結果 | 該当項目 | 備考 |
| | 該当 ・ 非該当 | ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦ | 入力 ・ 証発行 |