

加古川市 基本チェックリスト

基本チェックリスト実施日：令和 年 月 日

被保険者氏名	被保険者番号(9桁又は10桁)	性別
フリガナ		男・女
	生年月日	連絡先
	明・大・昭 年 月 日	(続柄:)

基本チェックリストを実施した地域包括支援センター等の名称	担当者

※ やむを得ない理由で、地域包括支援センター以外のケアマネジャー(担当者)が基本チェックリストを実施した場合のみ、下記の欄に住所・連絡先を記入してください。

住所	連絡先
(〒 -)	

	No.	基本項目	回答	
社会生活	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
	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
運動	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
	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
栄養	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
	12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg BMI= <input type="text"/> (18.5未満)		
口腔	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
	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
外出	16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
	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
物忘れ	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云われますか	1.はい	0.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	0.はい	1.いいえ
	20	今日は何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
心の健康 (ここ2週間)	21	毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.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	1.はい	0.いいえ
	23	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	自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
	25	わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

注) (12) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする。

保険者記入欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 受付担当者()	該当
	<input type="checkbox"/> システム入力日(/)	<input type="checkbox"/> システム入力担当者()	非該当