

基本チェックリスト

池田市長 様

※被保険者証を添えて提出してください。

被保険者番号		記入日	年 月 日
フリガナ		記入者氏名	本人との関係()
氏 名		希望するサービス	訪問介護 ・ 通所介護 ・ ()
住 所	〒	前回要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者
	TEL:	前回有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	提出代行事業所	

No	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○を付けて下さい。)	
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
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
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
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が18.5未満の場合に該当		
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
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
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
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ときがありますか	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
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

基本チェックリストの記入内容等を、池田市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に提示することに同意します。

本人氏名 (代筆者)

市町村 記入欄	受 付	入 力	保 険 証	資格者証	ケアマネジメント	備 考
------------	-----	-----	-------	------	----------	-----