基本チェックリスト

＊記入日　：　　年　　月　　日

＊住所　壬生町

ふりがな　　性別

＊氏名　　男・女

＊生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

＊電話番号

＊介護認定　あり　・　なし

＊希望するサービス内容

No.	質問事項	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
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
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か月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか	1．はい	0．いいえ
12	身長　　㎝　　体重　　㎏　（ＢＭＩ　　）　（注）		
13	半年前に比べて硬い物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言われますか	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
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

（注）ＢＭＩ＝体重（㎏）÷身長（m）÷身長（÷）が１８．５未満の場合に該当する。

※この欄は記入しないでください	事務用記入欄	健康福祉課記入欄（受付印）	包括支援センター記入欄（受付確認）	備考（ケアマネジメント等）
				北地区　・　南地区