水戸市長　様

見本（表面）

**水戸市基本チェックリスト（　新規　・　切替　）**実施日：平成○○年　　○月　○日

実施者（○○居宅介護支援事業所　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | × | ×  **要介護認定者，要支援認定者が事業対象者に切り替える場合に丸を付けてください。** | × | × | × | × | | × | × | × | × | 氏名 | ××　× | | 性別 | 男　女 |
| 住所 | 茨城県水戸市××△-△ | | | | | | | 電話 | | ×××-×××  -×××× | | | | 生年月日 | M・T・S　　×年　×月　×日　　 　　　　　（　××歳） | | |

◎次の質問をお読みいただき，該当する回答（はい，いいえ）を〇で囲んでください。

**実施した事業所の名称を記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **質　問　事　項** | | **回　　答** (いずれかに〇をお付けください) | |
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか  **・利用者本人が回答します。**  **・利用者が，筆記用具の操作が困難な場合は，利用希望者から回答を聞き取り記入してください。**  **・回答に迷いが生じているなどの場合は，回答の補助をしてください。**  **・利用希望者が質問の趣旨を理解できないような場合（明らかに認知症が疑われる場合）は，要介護認定申請を促してください。** | | 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 |
| 6 | 階段を手すりや壁をつた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  **身長，体重及びBMIを記入したうえで回答するよう促してください。** | | 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　170ｃｍ　体重　60㎏　　ＢＭＩ＝20.7 | (注)BMI=体重(㎏)÷身長(ｍ)÷身長(ｍ)  　　18.5未満で‘はい’に〇 | 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 |
| 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「いつも同じことを聞く」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 |

情報提供に同意する場合は署名欄に自署してください。

　介護予防サービス・支援計画等を作成するときに必要がある時は，医師又は事業実施者に提示することに同意します。

**署名欄　××　×**

確認欄

見本（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 質問項目 | No.１～20  (10点以上) | No.6～10  (3点以上) | No.11～12  (2点) | BMI  18.5未満 | No.13～15  (2点以上) | No.16  (16に該当) | No.18～20  (1点以上） | No.21～25  (2点以上) |
| 全般 | 運動 | 栄養 | | 口腔 | 閉じこもり | 認知症 | うつ |
| 点　数 |  |  |  | BMI |  |  |  |  |
| 該当に○ |  |  | **記入しないでください（市が記入します）。** | |  |  |  |  |
|  | | | | | | 確認者 | | |
|  | | |

**・両面印刷したものを使用してください。**

**・提出先は，水戸市介護保険課です。**

**・郵送による提出も可能です。**