

堺市基本チェックリスト

(堺市届出用)

被保険者番号		届出日	平成	年	月	日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日		年	月 日
住所	〒					
	電話番号	FAX番号				
現在の要介護度	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)	有効期間	平成	年	月	日 ~ 平成 年 月 日

NO	質問項目	回答		判定
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい 0	いいえ 1	/
2	日用品の買い物をしていますか	はい 0	いいえ 1	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい 0	いいえ 1	
4	友人の家を訪ねていますか	はい 0	いいえ 1	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい 0	いいえ 1	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい 0	いいえ 1	()/5 3個以上 <input type="checkbox"/> ()/20 10個以上 <input type="checkbox"/>
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	はい 0	いいえ 1	
8	15分位続けて歩いていますか	はい 0	いいえ 1	
9	この1年間に転んだことがありますか	はい 1	いいえ 0	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい 1	いいえ 0	
11	6ヶ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	はい 1	いいえ 0	
12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI= <input type="text"/>) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	18.5未満 1	18.5↑ 0	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい 1	いいえ 0	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい 1	いいえ 0	
15	口の渇きが気になりますか	はい 1	いいえ 0	
16	週に1回以上は外出していますか	はい 0	いいえ 1	()/2 16に該当 <input type="checkbox"/>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい 1	いいえ 0	
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	はい 1	いいえ 0	()/3 1個以上 <input type="checkbox"/>
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	はい 0	いいえ 1	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい 1	いいえ 0	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい 1	いいえ 0	()/5 2個以上 <input type="checkbox"/>
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	はい 1	いいえ 0	
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	はい 1	いいえ 0	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい 1	いいえ 0	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい 1	いいえ 0	

実施機関名		事業対象者	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
実施者名		事業対象者区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 認定未更新

注意 事業対象者の有効期間開始日は、次のとおりとなります。

- (1) 要介護・要支援認定を受けている場合は、現在の認定有効期間の末日の翌日
- (2) 要介護・要支援認定を受けていない場合は、基本チェックリストの届出日

1. 介護保険事業の適切な運営と介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの内容をを堺市、地域包括支援センター、介護保険事業者及び第1号事業者その必要な範囲で関係者に提供することに同意します。
2. 事業対象者に該当し、要介護・要支援認定を受けている場合、要介護・要支援認定を終了することに同意します。

(注) 氏名を本人が自署する場合、押印を省略することができます。

本人氏名

