

函館市基本チェックリスト

新規 ・ 更新

市窓口に 来た人	<input type="checkbox"/> 本人			記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 包括・居宅	事業所名	担当者氏名	

地域包括支援センター												
フリガナ			被保険者番号	0	0	0						
氏名			性別	男・女	生年月日	明・大・昭		年	月	日		
住所	函館市	丁目	番	号	方			〒	—	電話 ()	—	

介護予防・生活支援サービス事業	該当 ・ 非該当
-----------------	----------

No.	質問項目	回答 どちらかに○をお付けください		点数記載欄
生活全般	1 バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転して外出している場合も含みます	0. はい	1. いいえ	①生活全般 (1~20) 10点以上 <input type="checkbox"/> / 20
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要な物が買うことができますか	0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0. はい	1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	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 時々使う程度であれば「はい」、 能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」	0. はい	1. いいえ	②運動 3点以上 <input type="checkbox"/> / 5
	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 時々使う程度であれば「はい」	0. はい	1. いいえ	
	8 15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	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 実際に転倒の経験があるかどうか	1. はい	0. いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか 自分の感じ方でお答えください	1. はい	0. いいえ	
栄養	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	③栄養 2点 <input type="checkbox"/>
	12 現在の身長 (cm) 体重 (kg) ※注 (BMI =)			

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

No.	質問項目	回答 どちらかに○をお付けください		点数記載欄
歯・口	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いて、変化がない場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	④歯・口 2点以上 □ / 3
	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 過去1ヶ月の状態を平均してください	0. はい	1. いいえ	⑤外出 1.6に該当 □
	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 物忘れがあるとされますか 自分で物忘れを感じていても、周りに言われない場合は「いいえ」	1. はい	0. いいえ	⑥物忘れ 1点以上 □ / 3
	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 誰かの調べてもらう、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」	1. はい	0. いいえ	
こころ	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	⑦こころ 2点以上 □ / 5
	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	

<引継ぎ事項>

要介護認定申請	有 ・ 無
介護（予防）給付	訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ 訪問看護 ・ 居宅療養管理指導 ・ 通所リハ ・ 訪問リハ 短期入所 ・ 福祉用具貸与 ・ 福祉用具購入 ・ 住宅改修 ・ 地域密着 ・ 施設入所
サービス事業	訪問介護 ・ 通所介護 ・ 通所型C
包括への連絡事項	

ここからは記入しないでください

<市確認欄>

受付	確認・送付

判定結果	該当項目
該当 ・ 非該当	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦