七飯町基本チェックリスト

七 飯 町 長　様

次のとおり回答します。

受 付 日：令和　　年　　月　　日

被保険者（回答者）	被保険者番号			個人番号		
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年　月　日
	現在の要支援認定等	非該当・事業対象者・要支援　1・2	有効期間：平成・令和　年　月　日～平成・令和　年　月　日			
	住　所 連絡先	〒　　－ 七飯町	（電 話）　　－			
基本チェックリスト提出者		□包括 □居宅 （事業所名：　　㊞　　担当者：　　）				

No.	質問事項	回答：いずれかに○をお付けください	
問１	**バスや電車で一人で外出していますか** （家族等の付き添いなしで外出しているかどうかを尋ねています。１人で自家用車を運転して外出している場合は「はい」となります。）	はい	いいえ
問２	**日用品の買い物をしていますか** （自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうかを尋ねています。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。）	はい	いいえ
問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、本人の判断により金銭管理を行っている場合には「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。）	はい	いいえ
問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・親戚の家への訪問は「いいえ」なります）	はい	いいえ
問５	**家族や友人の相談にのっていますか** （電話やメールのみで相談に応じている場合も「はい」となります）	はい	いいえ
問６	**階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか** （時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。）	はい	いいえ
問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** （時々つかまる程度であれば「はい」となります）	はい	いいえ
問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）	はい	いいえ
問９	**この１年間に転んだことがありますか** （この１年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。）	はい	いいえ
問１０	**転倒に対する不安は大きいですか** （自分の主観に基づき回答してください）	はい	いいえ
問１１	**６ヵ月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか** （６カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります）	はい	いいえ
問１２	体重（　　kg）÷身長（　　m）÷身長（　　m）	計算結果	

残り１３問あります。裏面の質問にもお答えください。

七飯町基本チェックリスト

No.	質問事項	回答：いずれかに○をお付けください	
問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いて、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります）	はい	いいえ
問１４	**お茶や汁物等でむせることがありますか** （自分の主観に基づき回答して下さい。）	はい	いいえ
問１５	**口の渇きが気になりますか** （自分の主観に基づき回答して下さい。）	はい	いいえ
問１６	**週に１回以上は外出していますか** （週によって外出頻度が異なる場合は、過去１ヶ月の状態を平均して下さい。）	はい	いいえ
問１７	**昨年と比べて外出の回数が減っていますか** （昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。）	はい	いいえ
問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** （自分は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります）	はい	いいえ
問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** （他者に電話番号を調べてもらう、ダイヤルをしてもらう場合は「いいえ」となります）	はい	いいえ
問２０	**今日が何月何日かわからない時がありますか** （月と日の一方しか分からない場合は「はい」となります）	はい	いいえ
問２１	**（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない**	はい	いいえ
問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	いいえ
問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	いいえ
問２４	**（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない**	はい	いいえ
問２５	**（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする**	はい	いいえ

○基本チェックリストの実施結果の開示について

介護予防サービス計画の作成等のために必要があるときは、基本チェックリストの結果を、七飯町から地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に開示することに同意します。

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○被保険者及び認定結果の送付先について

①□自宅（住民登録地）　②□その他（□窓口手渡し　□①以外への送付）

氏名：＿＿＿＿＿＿　住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者との関係：＿＿＿＿

※②で本人又は家族以外の方が受け取りを希望する場合は、必ず事前に本人又は家族の同意を得た上、理由を記入してください。

本人又は家族の同意　□あり　□なし　自宅等で受け取れない理由：＿＿＿＿＿＿＿＿

町記入欄

被保険者証		資格者証	保険料確認	制限	保護	２号	緊急	受付印
回収	紛失			有　無	有　無	有　無	有　無	