

神戸市 基本チェックリスト（事業対象者申請用）

（様式 1）

※申請を行う際は、原本を神戸市へお送りください。

被保険者番号											事業対象者				
フリガナ											生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	年	月	日
被保険者氏名												<input type="checkbox"/> 大正			
住所 (居所)	〒 _____										電話番号: _____				

いずれかに チェックしてください。

チェックリスト実施日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	申請区分	<input type="checkbox"/> 1. 新規 <input type="checkbox"/> 2. 更新 <input type="checkbox"/> 3. 基本CL移行
事業者番号	_____	センター名	あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)
実施者氏名	_____		判定結果 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

NO	質問項目	回答欄(いずれかにチェック)				小計欄
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	B
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	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
8	15分くらい続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことはありますか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	/5
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	C
12	肥満度(BMI)は18.5未満ですか BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ <small>小数点第2位以下切り捨て</small>	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	D
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	E
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	
18	周りの人からいつも同じ事を聞く等の物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	F
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	<input type="checkbox"/>	0.はい	<input type="checkbox"/>	1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	G
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	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	1.はい	<input type="checkbox"/>	0.いいえ	

● 記入内容の確認と個人情報提供についての同意

<p>神戸市長 宛</p> <p>私は上記内容に相違ないことを確認するとともに、この基本チェックリストに記入した情報を介護予防ケアマネジメントに利用することを目的に、介護保険サービス提供事業者、指定居宅支援事業所、他の地域包括支援センター、関係医療機関へ提供することに同意します。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 (本人署名) _____</p>	<p>市受付</p> <hr/>
--	------------------