

吉崎市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

吉崎市長 様

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

被保険者番号	0 0 0 0	個人番号	
ふりがな		性別	男・女
利用者氏名		生年月日	明大昭 (年 月 日 歳)
住所	町	電話番号	

上記以外の連絡先	氏名	続柄	電話番号
	住所		

希望サービス 訪問型サービス（ホームヘルプ） 通所型サービス（ゆうゆうお達者クラブ・デイサービス） 配食サービス

申請理由	本人の同席（あり・なし）
------	--------------

介護予防・日常生活支援総合事業及び地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要がある時には、利用者基本情報、ケアマネジメントプラン等の個人に関する記録を、本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

本人氏名

吉崎市 介護予防基本チェックリスト		回答(どちらかに○)	
1	車やバスなどで1人で外出していますか	0 はい	1 いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	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	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ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ
12	身長()cm、体重()kg BMI=() 体重kg÷身長m÷身長m	18.5未満	18.5以上
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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるか	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
26	今のあなたの健康観は、1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない		

事務局記入欄

生活全般	運動機能	栄養	口腔機能	閉じこもり	もの忘れ	心の健康	判定日	令和 年 月 日
1～20が10点以上	6～10が3点以上	11・12が2点以上	13～15が2点以上	16が「いいえ」	18～20が1点以上	21～25が2点以上	判定結果	該当 ・ 非該当
/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	判定者	