

佐久市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定申請書

申請年月日 年 月 日

(申請先) 佐久市長

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | <div> <div>生年月日</div> <div>明・大・昭 年 月 日</div> <div>(歳)</div> </div> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | | | | | |
| 利用希望サービス | | | | | | | | | | | |
| 申請理由※ | | | | | | | | | | | |

※ サービスを利用する目的や理由を具体的に記入してください。

| | | | | |
|-------|------|-------------------|------|--|
| 提出代行者 | 事業所名 | | 担当者名 | |
| | 住 所 | 〒 電話番号 () | | |

介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、基本チェックリスト及びこの事業で得られた個人に関する情報を関係機関へ提供することに同意します。

(申請者署名)

| 課長等 | 係長 | 係 | 受理处理欄 |
|-----|----|---|-------|
| | | | |

| | |
|---------|--|
| システム入力日 | |
| 保険証発行日 | |

基本チェックリスト

実施日： 年 月 日

※ チェックリスト実施後、6ヶ月以内に申請を行ってください。

| No. | 質 問 項 目 | 回答：いずれかに○を付けてください | |
|-----|---|-------------------|-------|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | O.はい | 1.いいえ |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | O.はい | 1.いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | O.はい | 1.いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | O.はい | 1.いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | O.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 | O.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 | O.はい | 1.いいえ |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | O.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 | O.いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1.はい | O.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 | O.いいえ |
| 12 | 身長 cm 体重 kg (BMI =) (注) | | |
| 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 | O.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 | O.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい | O.いいえ |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | O.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 | O.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ますか | 1.はい | O.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 | O.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 | O.いいえ |
| 21 | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない | 1.はい | O.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 | O.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 | O.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 | O.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 | O.いいえ |

(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

<基本チェックリスト実施結果>

| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
|---------|---------|----------|----------|-----------|----------|----------|
| No.1～20 | No.6～10 | No.11～12 | No.13～15 | No.16 | No.18～20 | No.21～25 |
| (10点以上) | (3点以上) | (2点) | (2点以上) | (No.16該当) | (1点以上) | (2点以上) |
| /20 | /5 | /2 | /3 | /1 | /3 | /5 |