様式第2号(第7条関係)

**介護予防・日常生活支援総合事業　利用申請書**

　桜川市長　　様　　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※太枠内の必要事項を記入してください。 | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | 年　　月　　日 |
| 被保険者（総合事業の利用を希望している方） | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　　・　　女 | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 現在(最終)の要介護認定区分 | 該当に○  なし  要介護状態区分　１　２　３　４　５  要支援状態区分　１　２ | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （窓口来庁者）  提出代行者 | 該当に○　・地域包括支援センター　・居宅介護支援事業者　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 名称・住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名    電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在利用中又は希望するサービス | 該当に○  訪問型サービス  【週１回程度、自宅で掃除や買い物等の生活援助を受けるサービス】  通所型サービス（基準緩和型を含む）  【週１回程度、施設で運動やレクリエーションを行うサービス】 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受理年月日 | |  | | --- | | 1. 基本チェックリストの実施について   私は、桜川市介護予防・日常生活支援総合事業を利用するに当たり、基本チェックリストを行うことに同意します。   1. 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施するに当たり、被保険者本人の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト等の内容を桜川市から地域包括支援センター等関係機関に提供することに同意します。   　　　　本人氏名 | |
|  |

様式第1号（第6条関係）

**基本チェックリスト**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名  （記入者氏名） | （　　　　　　　　　　　） | 実施日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 質問項目 | 回答:いずれかに○をお付けください | |
| 1 | バスや電車で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ら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分位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＝　　　　） | １．18.5未満 | 0．18.5  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ますか | 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 |