様式第11号（第21条関係）

**臼杵市介護予防・日常生活支援総合事業（ 認定　・　更新）申請書**

臼杵市長　　　　様

次のとおり申請します。 申請日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 電話番号 |  | 申請者(本人以外) | 事業所(　　　　　　　　　　　　　)担当者(　　　　　　　　　　　　㊞)電　話 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 | ㊞ |
| 住　所 | 臼杵市 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 備　考 | 既に受けている事業対象期間　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 相談内容 | （希望するサービス）　☐訪問　☐通所　介護保険サービスを利用しようと思ったきっかけ/日常生活での困りごと(出来ないこと）は何ですか？またその原因等聞き取り |

総合事業を利用するための利用計画表（ケアマネジメント）などの関係書類を作成するために必要な私（利用者及びその家族）の個人情報、基本チェックリストについて、関係機関へ提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名

|  |
| --- |
| 臼杵市　介護予防基本チェックリスト 　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　　月　　　　日 |
| （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 | （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 | 判定6 ~10（　　　）/53/5以上 |
| （２）日用品の買い物をしていますか | 0はい1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 |
| （３）預貯金の出し入れをしていますか | 0はい1いいえ | （１５）口の渇きが気になりますか | 1はい0いいえ | 11～12（　　　）/22/2以上 |
| （４）友人の家を訪ねていますか | 0はい1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 |
| （５）家族や友人の相談にのっていますか | 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 | 13～15（　　　）/32/3以上 |
| （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 | （１８）周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか | 1はい0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 | （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 | 16～17（　　　）/2 |
| （８）15分位続けて歩いていますか | 0はい1いいえ | （２０）今日が何月何日かわからないときがありますか | 1はい0いいえ | 18～20（　　　）/31/3以上 |
| （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 | （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 |
| （１０）転倒に対する不安が大きいですか | 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 | 21～25（　　　）/52/5以上 |
| （１１）6か月間で2～3kg以上の体重の減少がありましたか | 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 |
| （１２）身長（　　　 )㎝、　　体重( )kg、BMI（　　　　） | 18.5未満18.5以上 | （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 | 1～20（　　）/2010/20以上 |
| 注）BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当 |  | （２５）ここ2週間　わけもなく疲れた感じがする | 1はい0いいえ |