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(　　　　　　　　　　　　㊞)  （自署又は記名押印）  電話 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 臼杵市（野津町）大字 | | | | |
| 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 | | | | |

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  （　　　）/5  3/5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  （　　　）/2  2/2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  （　　　）/3  2/3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時がありますか | 1はい  0いいえ | 18～20  （　　　）/3  1/3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  （　　　）/5  2/5以上 |
| 11）6ヶ月間で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  （　　）/20  10/20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 |