

平成 年 月 日

羽 昨 市 長 宛

羽昨市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

羽昨市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、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。

被保険者番号										
フリガナ								生年月日	明・大・昭	
氏 名								年	月	日
								性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 羽昨市									
	電話番号									

基本チェックリスト（羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業）

記入日 平成 年 月 日

氏名 _____

No.	質問項目	回答		
1	バスや電車、車、自転車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	/ 5
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	A (3以上)
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	/ 5
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ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	B (2以上)
12	身長_____cm 体重_____kg) (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。	1.18.5未満	0.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	C (2以上)
14	お茶や汁物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	/ 3
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	/ 2
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	/ 3
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ときがありますか	1.はい	0.いいえ	
No. 1～20の合計		D (10以上)		/ 20
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	/ 5
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	