

宇部市長殿

年 月 日

宇部市介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象者更新申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|----|---|---|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | | | | | | | | | 年齢 | 歳 | |
| 住所 | 〒 宇部市 | | | | | | | | | 電話番号 | | | |

現在の事業対象者の有効期間

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|----|---|---|---|
| 有効期間 | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|----|---|---|---|

提出者

| | 事業所名 | 担当者 |
|----------------|-------|-----|
| 地域包括支援センター | | |
| | 事業所番号 | |
| 居宅介護支援事業者(委託先) | | |

基本チェックリストの結果を、宇部市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医その他の関係者にサービスの提供に必要な範囲で提供することに同意します。

本人氏名

代筆

【事務処理欄】

| 受付日 | 受付者 | 入力日 | 入力者 | 有効期限 |
|-------|-----|-------|-----|---------|
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日まで |

基本チェックリスト実施票

様式A(更新)

| | | | | | | | | | |
|------------|--|------|---|---|---|-----|---|---|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 希望するサービス内容 | | | | | | | | | |

| No | 質問事項 | 回答 | |
|----|--|----------------|-------|
| | | いずれかに○をつけてください | |
| 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 |
| 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カ月間で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=) <small>※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)</small> | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものがた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 |

あなたの現在の健康状態はいかがですか。当てはまる番号1つに○をつけてください。

1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

基本チェックリスト実施結果

| 総合 ※1～20のうち (10点以上) | 運動機能 (3点以上) | 栄養状態 (2点) | 口腔機能 (2点以上) | 閉じこもり (No.16該当) | 認知機能 (1点以上) | うつ傾向 (2点以上) |
|---------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|
| ／20 | ／5 | ／2 | ／3 | ／1 | ／3 | ／5 |