

（宛先）

羽 生 市 長

申請者 住 所

（提出者）氏 名

電話番号

羽生市介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

介護予防・生活支援サービス事業の利用のため、下記のとおり申請します。

記

利用申請者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ		年 齡	歳
	氏 名		性 別	
	住 所		電話番号	
緊急連絡先	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	住 所		電話番号	

私は、この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や、事業実施の際に活用する観点から、関係機関へ提供することに同意します。

本人氏名 _____

■市役所使用欄

<u>基本チェックリスト</u>	<u>介護保険料</u>	<u>要介護等認定</u>	<u>サービス希望</u>
<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問型

※実施した基本チェックリストを添付してください。

【基本チェックリスト】

記入日: _____ 年 月 日()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
質問項目				回答	
暮らし ぶり 1	1	バスや電車でひとり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
					1～5の合計 (点)
運動 機能	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分くらい続けて歩いていますか		0. はい	1. いいえ
	9	この1年間に転んだことはありますか		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
					6～10の合計 (点)
栄養	11	6か月で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 = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ (m) (※BMI 18.5未満なら該当)		1. はい	0. いいえ	
				11～12の合計 (点)	
口腔	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
					13～14の合計 (点)
暮らし ぶり 2	16	週に1回以上は外出していますか		0. はい	1. いいえ
	17	去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されますか		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	今日が何月何日か分からない時がありますか		1. はい	0. いいえ
					18～20の合計 (点)
				1～20の合計 (点)	
こころ	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
					21～25の合計 (点)