

# 瀬戸内市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

瀬戸内市長 様

被保険者番号		申請年月日	年 月 日	担当者	
氏名		住所	瀬戸内市		
生年月日	大昭 年 月 日 ( 歳 )	性別	男・女	希望するサービス	訪問型サービス・通所型サービス
連絡先電話	— 本人・家族( 続柄 )			連絡可能な時間帯	

## 基本チェックリスト

NO	質問項目	回答		判定
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	( )/5 3/5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	
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ヶ月間で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 = ) (注)			
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	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	No.16 該当
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	( )/5 2/5以上
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	

(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

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。  
また、介護予防ケアマネジメント及び介護予防サービス計画作成等のため必要があるときは、基本チェックリストの内容等について、いきいき長寿課及び瀬戸内市地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、その他本事業の実施に必要な関係者に提供することに同意します。

本人氏名 (被保険者名)

代筆者氏名

( 続柄 )