

十和田市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

十和田市長 様

次のとおり申請します。

※ 太枠内を記入してください。

1 被保険者記入欄

被保険者番号		記入日	令和 年 月 日
ふりがな		生年月日	明・大・昭
氏名	(男・女)		年 月 日(歳)
住所	〒 十和田市	電話番号	自宅
			携帯
申請者氏名 (本人以外)	本人との関係 ()	申請者 連絡先	自宅・勤務先
			携帯
前回の要介護 認定の結果等	なし(新規) / 要支援() / 要介護() 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
利用希望 サービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> 短期集中型サービス(<input type="checkbox"/> 要支援者自立支援事業 / <input type="checkbox"/> 要支援者自立パワーアップ事業)		
提出代行者 名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> その他 () <div style="text-align: right;">【担当者氏名</div>		
ケアプランを依頼しているところがありますか？		<input type="checkbox"/> ある (事業所名) <input type="checkbox"/> ない	
決定通知書の送付先 ※上記被保険者住所以外に 送付希望の場合に記入して ください。	<input type="checkbox"/> 家族宅	送付先住所	〒
	<input type="checkbox"/> 入所施設	(所在地)	
	<input type="checkbox"/> 支援事業所	送付先	本人との関係
	<input type="checkbox"/> その他	氏名・名称	

個人情報取り扱いについて

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施するにあたり、被保険者本人の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト等の内容を、十和田市から地域包括支援センター等に提供することに同意します。

本人氏名

市記入欄

※ 裏面の基本チェックリストのご記入をお願いします。

2 基本チェックリスト実施結果

複数の項目	運動機能	栄養状態	口腔機能	閉じこもり	認知機能	うつの可能性

該当	非該当
有効期間	
令和 年 月 日～	

3 介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター

	名称	電話番号
<input type="checkbox"/>	十和田市東地域包括支援センター	27-1513
<input type="checkbox"/>	十和田市北地域包括支援センター	51-6056
<input type="checkbox"/>	十和田市西南地域包括支援センター	51-4250

収受欄	
-----	--

※収受後、写しを包括に交付すること

決裁欄	課長	補佐	係長	担当	添付書類確認欄
					<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届 <input type="checkbox"/> チェックリスト対象者確認票

基本チェックリストの結果、事業対象者として該当させてよいか伺います。

基本チェックリスト

申請者氏名		受付者名	
-------	--	------	--

No.	質問項目	回答		
		(いずれかに○をお付けください)		
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	/5
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	/5
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	/2
12	身長＝ cm 体重＝ kg (BMI＝)	1:はい	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	/3
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	/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されますか	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
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)以前は楽に出来ていたことが、今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	

＜事業対象者に該当する基準＞

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| No.1～20 までの20項目のうち10項目以上に該当 | No.16 に該当 |
| No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当 | No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 |
| No.11～12 の2項目のすべてに該当 | No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当 |
| No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当 | |

(注) この表における該当 (No.12 を除く。)とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

(注) No.12は、BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

市記入欄 実施結果

複数の項目	運動機能	栄養状態	口腔機能	閉じこもり	認知機能	うつの可能性

該当 ・ 非該当
