

介護予防・生活支援サービス事業 申請書

記入日：令和 年 月 日 ()

氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
住所		電話番号	- -
希望するサービスの内容			

【基本チェックリスト】 本人が記入、家族等が記入、電話で聞き取り、その他 ()

項目	No.	質問項目	回答：いずれかに○をつけてください。		
日常生活について	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	No1~20の 20項目のうち 10項目以上に 該当
	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	
運動・移動について	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	No6~10の 5項目のうち 3項目以上に 該当
	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	
栄養状態	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	No11と12 の2項目に 該当
	12	BMIが18.5未満ですか BMI=体重 <input type="text"/> Kg ÷ 身長 <input type="text"/> m ÷ 身長 <input type="text"/> m	1. 18.5 未満	0. 18.5 以上	
口腔機能	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	No13~15の 3項目のうち 2項目以上に 該当
	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	

外出	16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	No16に 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	
社会参加	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	No18~20の 3項目のうち 1項目以上に 該当
	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	
生きがいについて	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	No21~25の 5項目のうち 2項目以上に 該当
	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	
裾野市独自の追加項目	*	足・膝・腰に痛みはありますか	はい	いいえ	
	*	自分で調理をしていますか	はい	いいえ	
	*	自分で洗濯をしていますか	はい	いいえ	
	*	自分で掃除をしていますか	はい	いいえ	
	*	身支度は自分で出来ていますか	はい	いいえ	
	*	お風呂は毎日入っていますか	はい	いいえ	
	*	これまでに大きなケガや病気をされたことはありますか	はい	いいえ	
	*	定期的に医師から薬をもらっていますか	はい	いいえ	
	*	(ここ2週間) 人と話す気持ちにならない時がありますか	はい	いいえ	
	*	(ここ2週間) 不安な気分になることがありますか	はい	いいえ	

<事業対象者 該当基準>

① 質問 No.1~20 までの 20 項目のうち、10 項目以上に該当
② 質問 No.6~10 までの 5 項目のうち、3 項目以上に該当
③ 質問 No.11~12 までの 2 項目の、すべてに該当
④ 質問 No.13~15 までの 3 項目のうち、2 項目以上に該当
⑤ 質問 No.16 に該当
⑥ 質問 No.18~20 までの 3 項目のうち、いずれか 1 項目以上に該当
⑦ 質問 No.21~25 までの 5 項目のうち、2 項目以上に該当