介護予防・日常生活支援総合事業　事業対象者申請書

新規　・　終了

大牟田市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0							個人番号															
	ﾌﾘｶﾞﾅ											生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日														
	氏　　名											性　　別	男・女							年　齢	歳						
	住　　所	〒　　－ 電話番号																									
	前回の要介護認定等の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2　　事業対象者																									
		有効期間　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日																									
	申請の理由 （新規のみ記入）																										

地域包括支援センター名	事業所番号												
	中央　手鎌　吉野　三池　三川　駛馬・勝立　地区地域包括支援センター												
提出代行者	名　称 又は氏名	被保険者との関係（該当に〇）　指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、介護予防・相談センター 続柄 （　　）											
	住　所	〒　　－ 電話番号											

介護予防ケアプランの作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、申請書及び基本チェックリストを、大牟田市から地域包括支援センター、介護予防・相談センター、居宅介護支援事業者及び総合事業実施事業者の関係人に提示することに同意します。

本人氏名　　代筆者

市記入欄	代理権確認	代理人確認	番号確認	受付		入力		照合		被保証資格証	
	本人・代理										

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	（　）／20 10/20以上	
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ら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		（　）/2 2/2
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		（　）/3 2/3以上
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		
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		（　）/3 1/3以上
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

※特記事項	（　） 特記事項該当

チェックリスト取得年月日 ：	
チェックリスト実施者名　：	
□ 包括名（　　）　□ サブセンター名（　　）	

事業対象	該当・非該当