介護予防・生活支援サービス事業対象者確認票

（ 新規 ・ 更新 ・ 転入 ）

１　被保険者記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 記入日 | 令和　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒呉市 | 電話番号 |  |
| 記入者氏名　(本人以外の場合) | （続柄：　　　 　　） | 記入者連絡先 |  |
| 連絡先 | □　本人　　□　記入者 |
| 要介護認定等 | □　なし □　申請中（申請年月日：　 　年　 　月　　 日）□　あり　（区分：　　　　　 　有効期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） |

＊　転入手続きの際，受給資格証明書等によって事業対象者の区分を引き継ぐ場合は，裏面の基本チェックリストの記入は不要です。

２　被保険者同意欄

（1） 基本チェックリストの実施について

介護予防・生活支援サービス事業の利用にあたり，基本チェックリストを実施することに同意します。

（2） 個人情報の取り扱いについて

　　　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ため，基本チェックリスト等の内容を，地域包括支援センター等関係者に提供することに同意します。

　　　また，この事業で得られた個人に関する情報を，統計処理に利用することを了承します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　本人氏名

（代理者氏名）　　　　　　 　 　　（本人との続柄：　　　　　　　 ）

受付者（市・地域包括支援センター）記入欄

受付印

●　担当する地域包括支援センター

□　中央地域　　□　宮原・警固屋地域　　□　安芸灘地域　　□　天応・吉浦地域

□　東部地域　　□　音戸・倉橋地域　　　□　昭和地域　　　□　川尻・安浦地域

●　添付書類

□　介護保険被保険者証

□　介護保険被保険者証紛失届出書（介護保険被保険者証を紛失している場合）

□　介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

□　事業対象者と記載のある受給資格証明書等（＊転入時の区分の引き継ぎの場合は必須）

介護保険課受付印

介護保険課記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 前回有効期間 | 年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| 相談年月日 | 年　　　月　　　日 | 届出年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 判定結果 | □　事業対象者（有効期間：　　年　　月　　日～　　年　　月 　日）□　非該当 |

基本チェックリスト

記入日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | 質問項目 | 回答（いずれかに〇をお付けください） |
| 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 |
| 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 |
| １２ | 身長　　　　　　　cm　体重　　　　　　　　ｋｇ　（ＢＭＩ＝　　　　　　） （注） | 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言われますか | 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） 以前は楽にでき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 |

（注）ＢＭＩ＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当（１：はい）とする

受付者（市・地域包括支援センター）記入欄

●　基本チェックリスト実施結果

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | １～20 | 6～10 | １１，１２ | 13～15 | １６ | 18～20 | 21～25 |
| 基準 | 10点以上 | ３点以上 | ２点 | ２点以上 | １点 | １点以上 | ２点以上 |
| 該当の場合「〇」 |  |  |  |  |  |  |  |