

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 記入者														
要介護認定等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 (申請年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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

● 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)

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	<input type="checkbox"/> 事業対象者(有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 非該当

介護保険課受付印

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○をお付けください)		
		0 : はい	1 : いいえ	
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	口の渴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 「○」							