**基本チェックリスト　兼　事業対象者確認申請書**

**鯖江市長　様**

**介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、基本チェックリストによる確認を申請します。**

**記入日　令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | **住所** | **鯖江市****（　　　　―　　　　　　　）** | **生年月日** | **大正　　　年　　月　　　日****昭和****（　　　　歳）** |
| **電話** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 質　問　事　項 | 回　　答（いずれかに○をお付け下さい） |
| 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 |
| 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らずに昇っていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 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 |
| 12 | 身長　　　　ｃｍ　　体重　　　　　　Kｇ（ＢＭＩ＝　　　　　） |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

チェックリストの結果、事業対象者に該当する場合、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス事業者、事業対象者の支援に必要な関係者等に提示することに同意します。

令和　　年　　月　　日　氏名　　　　　　　　　　　（代筆者　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地域包括確認者 | 生活機能（10/20） | 運動不足（3/5） | 栄養改善（2/2） | 口腔ケア（2/3） | 閉じこもり予防（NO16） | 物忘れ予防（1/3） | うつ予防（2/5） | 事業対象者判定 |
| 　　／20 | 　　／5 | 　　／2 | 　　／3 | ／2 | 　　／3 | 　　／５ | 該当 ・ 非該当 |
| 受付日 | ／ | 認定日 | ／ | 確認日 | ／ | 入力日 | ／ | **（**チェックリスト入力） | ／ | 保険証発送 | ／ |

様式1