

様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

鯖江市長 様

申請者 住所  
氏名

印  
(押印省略可)

鯖江市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定申請書

鯖江市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定を次のとおり申請します。  
なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

記

介護保険 被保険者番号									
住 所	〒 鯖江市								
フリガナ								男 ・ 女	
氏 名									
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)								
電話番号									
連絡先 (上記以外)	住 所 氏 名 (続柄： ) 電話番号								

- 1 私は、介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定める遵守事項を理解し、これに従い、自らの意思で事業を利用することとします。
- 2 私は、この事業で得られた個人に関する情報について、統計処理することを了承します。
- 3 私は、この事業で得られた個人に関する情報について、ケアマネジメント事業や事業実施の際の活用する観点から、関係機関へ提供することを了承します。
- 4 通所型予防サービス事業の実施施設における利用に関する規定を遵守します。

《地域包括支援センター記入欄》

保険証の回収	チェックリスト実施日	認定日	保険証交付
/ ( )	/	/ 該当・非該当	/ ( )

要介護認定、介護予防・日常生活支援総合事業 事前聞き取りシート

受付日【平成 年 月 日】

受付者名/提出代行者名【 】

●対象者	
【フリガナ】	【前回の要介護認定の結果】(○をつける)
【氏名】	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	認定期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

●既往歴（発症年月を記載すること）、家族構成

脳血管疾患（麻痺：有/無 麻痺の部位： ） 高血圧（ ） 肝臓疾患（ ） 高脂血症（ ） 心疾患（ ） 高脂血症（ ） 肺疾患（ ） 腎疾患・透析（ ） 糖尿病（ ） 整形（部位： ） 癌（部位： 本人への告知：有/無） 認知症（専門医の受診：有/無） 耳鼻疾患（ ） 眼科疾患（ ） 精神疾患（ ） その他（ ）	家族構成 □：男 ○：女  □—○
--	-------------------------

●現在の状況と情報提供書の依頼先

<input type="checkbox"/> 通院中 病院名【 】 主治医【 】 直近の受診（予定）日【 】	<input type="checkbox"/> 入院中 病院名【 病院 棟 階】 主治医【 】 入院日【 】 退院予定日【 】
---	--

●相談内容（□に、チェックをつけること）

介護保険のサービスを受けたい。（予防給付含む）  
 ・住宅改修、福祉用具、訪問看護等、訪問リハビリ等、通所リハビリ  
 ・特定施設入居生活介護、ショートステイ等  
 ・小規模多機能、定期巡回、認知症対応型通所、グループホーム等  
 ・老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設

おむつ券の申請をしたい。

訪問介護（ヘルパー）のみを利用したい。  
 通所介護（デイサービス）のみを利用したい。  
 短期集中通所サービスを利用したい。

一般介護予防事業を利用したい。  
 （ふれあいサロン、脳わくわくクラブ、  
 介護予防いきいき講座、湯ったりクラブ等）

要介護認定申請へ（別紙申請書）

【本人来所の場合】

 本人へ聞き取りによるチェックリスト実施  
 （総合事業申請書、保険証回収）

【本人以外の来所の場合】

 自宅訪問によるチェックリスト実施  
 （地域包括支援センター職員の訪問）

地域包括支援センターへ相談

地域包括支援センターへ相談

●その他留意事項の記載、聞き取り結果

【その他留意事項の記載】	【聞き取り結果】(□にチェックをつける)
	<input type="checkbox"/> 要介護認定申請へ <input type="checkbox"/> 総合事業申請へ（事業対象者の入力→保険証の出力） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへ相談（ ）

# 健康チェックリスト

様式1

郵便番号		記入日	平成 年 月 日
住所		電話番号	
フリガナ		生年月日	
本人氏名		個人コード	

(聞き取りしてください)

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)		チェック数
1	バスや電車で1人で外出していますか(自家用車を含む)	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 (☆3/5)
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 (☆2/2)
12	身長( )cm, 体重( )kg ⇒ BMI=( ) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)			
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)
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)
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	
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	/3 (☆1/3)
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	No.1~20 計 /20 (☆10/20)
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	No.21~25 /5 (☆2/5)
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	
26	ときどき道に迷うことがある	1.はい	0.いいえ	
27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	1.はい	0.いいえ	
28	物の置き忘れがしばしばあって困る	1.はい	0.いいえ	
29	最近の出来事を思い出せないことがよくある	1.はい	0.いいえ	
30	以前より怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる(または、そう言われる)	1.はい	0.いいえ	

☆ブロックのうち1ブロックでも該当 = 事業対象者