

# 申請理由の質問票

(更新申請用)

住 所	沼田市	町	番地
氏 名		電話番号 (日中連絡のとれるもの)	
生年月日	大正・昭和	年	月 日 ( 歳)
本人が来られない場合	代行者氏名		続柄

☆ 現在**要支援2**の人は、**要支援認定申請**をしてください。

☆ 現在要支援1の人は、以下の質問にお答えください。

利用したいサービス(あてはまるものすべてに○をつけてください)

- 介護予防運動教室に参加したい
- デイサービス・ヘルパーを継続して利用したい(週1回)
- デイサービス・ヘルパーを継続して利用したい(週2回以上)**
- 認知症対応型デイサービス**
- 通所リハビリテーション(デイケア)**
- 訪問看護**
- 住宅改修**
- 福祉用具**
- ショートステイ**
- その他:(具体的にご記入ください: )

※ **太字**に該当する場合は、**要支援認定申請**をしてください。

※ **太字**に該当しない場合は、**裏面のチェックリスト**にご記入ください。

☆要支援認定を受けているが、何もサービスを利用していない・しばらくは利用する予定もない場合



デイサービスやヘルパー利用であれば、裏面のチェックリスト判定により、以前より早くサービスが受けられます。

(太字のサービスが必要な時は、いつでも介護保険の申請ができます。)

※すぐにサービスが必要ない人は、サービスが必要になった時、市役所または担当ケアマネジャーにご相談ください。

質問票・チェックリスト確認者

所属名:

氏 名:

連絡先:

氏名		生年月日	大正 昭和	年	月	日	実施日	年	月	日
----	--	------	----------	---	---	---	-----	---	---	---

## 基本チェックリスト

- ◎ このチェックリストは、あなたの生活の様子について確認し、必要なサービスにつなげるためのものです。  
◎ 以下の質問にお答えください。回答欄の該当する□に ✓ を記入してください。

No.	質問項目	回答		*チェック
1	バスや電車、車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ	/5
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	/2
12	身長_____cm、体重_____kg (BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	<input type="checkbox"/> BMI 18.5未満		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	

介護予防支援事業所名:

沼田市地域包括支援センター

群馬県沼田市下之町888番地

電話番号 0278-22-1112

※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入

居宅介護支援事業所名

事業所の所在地

電話番号

沼田市長 様

上記の介護予防支援事業者に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。また、支援計画書作成にあたり必要な場合は、地域包括支援センター等関係者へチェックリスト・健診等の内容を提示することに同意します。

令和 年 月 日 (新規の人:チェックリスト実施日、更新の人:現在の認定期間終了日の翌日)

被保険者氏名

印