

申請理由の質問票

(新規申請用)

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

☆ 以下の質問について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 申請理由

- 物忘れが多くなり、困っている**
- 日常生活で困っていることがある（買い物・食事・服薬・金銭管理ができない等）**
- 一人では歩けない（移動は車いす、もしくは寝たきり）**
- 一人では入浴できない**
- 障害福祉サービスを利用している**
- 介護予防運動教室に参加したい
- その他：（具体的にご記入ください： _____)

2. 利用したいサービスすべてに○をつけてください。

- デイサービス（週1回） **デイサービス（週2回以上）**
- ヘルパー（週1回） **ヘルパー（週2回以上）**
- 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・要介護認定申請**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**をご記入ください。

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	/2
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	
12	身長_____cm、体重_____kg (BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ	