

久留米市総合事業対象者確認依頼届出書

<input type="checkbox"/> 認定あり	<input type="checkbox"/> 認定なし	記入日	年 月 日
利用者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ	生年月日	明・大・昭
	氏名		年 月 日
	住所	性別	男 ・ 女
	電話番号	(〒 -)	
	現在の認定等 (該当者のみ)	要介護状態区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	有効期限	年 月 日～	年 月 日
備考			

持参者	被保険者との関係	※該当するものに ○ を付けてください 本人 ・ 家族 () ・ 地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者 ・ その他 ()	
	事業所名		
	住所	(〒 -)	確認欄 (地域包括支援センターが押印)
	電話番号		
	氏名		

利用者	<input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業の利用に当たり、基本チェックリストによる生活機能の確認を実施することに同意します。 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントを実施するに当たり、被保険者本人の状況を把握する必要があるときは、この届出書及び基本チェックリストの写しその他必要な情報を、久留米市から地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者の関係人に提供することに同意します。
本人氏名	

総合支所	田主丸	北野	城島	三猪
------	-----	----	----	----

FAX

受付印欄

原課	受付審査	包括割振	包括依頼日	申請入力	入力点検	被保険者証回収	送達
		中・東・西 南・北					

個人番号	個 ・ 通 ・ 住 ・ シ ・ 職 ()	本人確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞 ()
------	--------------------------	------	---------------------------

久留米市 基本チェックリスト

氏名 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

No.	質問項目	回答（どちらかに○印）	市で記入	
生活全般	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	
運動	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	
栄養	11	6ヵ月間で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)		
歯・口	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	口の渇きが気になりますか	1. はい 0. いいえ	
外出	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	
もの忘れ	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	1～20 合計
	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	/20
こころ	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	

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

介護予防・生活支援サービス事業： 該当 ・ 非該当