

(宛先)小金井市長

次のとおり申込ます。なお、サービス利用にあたり市の公簿等を確認することを承諾します。

この申込項目は、市の電子計算組織に記録されます。

実施年月日		年	月	日
対象者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	M・T・S	年	月 日(歳)
	住所	〒 小金井市 町 丁目 番 号 (建物名)		
	電話番号	()		
代筆者名	(続柄)	/ (電話)	-	-

介護予防ケアプランの作成等介護予防・日常生活支援総合事業の適切な運営のために、当チェックリストの判定結果・選択内容を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、総合事業サービス事業者等に提示することに同意します。

氏名: _____

質問1 現在、治療中あるいは経過観察中の病気はありますか。

ありましたらその病名、かかっている病院名、使用している薬名をご記入ください。

()

質問2 過去に大きな病気やけが等で治療をしていたことがありますか。

ありましたらその病名、かかっている病院名、使用している薬名をご記入ください。

()

※裏面にてチェックリストを実施してください。

小金井市 基本チェックリスト

NO	質 問 項 目	(いずれかに○印)	
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
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分くらい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
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が 18.5 未満の場合は 1 点)	1. はい	0. いいえ
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
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ますか	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

現在、利用を検討しているサービスをご記入ください。

閉じこもり 予防
/2

運動器の 機能向上
/5

栄養改善
/2

口腔機能の 向上
/3

物忘れ予防
/3

うつ予防
/5