

参加申出書

(川崎市住民主体による要支援者等支援実施事業)

作成日 年 月 日

実施団体名

記入者

介護保険 被保険者番号	ふりがな 氏名	様	男・女	歳	生年 月日	MTS 年 月 日
住所	(〒 -) 区		電話番号 ()			
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先		
	①			() -	(自宅・勤務先)	
	②			() -	(自宅・勤務先)	
主治医	機関名： 医師名：			電話 () -		
持病						
介護保険 認定情報	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中					
	有効期限： 年 月 日 ~ 年 月 日					
	未申請：申請の意向 ある なし(理由)					
担当ケアマネ または地域包括支 援センター	事業所名		担当者名		連絡先	
主な介護保険サー ビス利用状況 (上位3つを選択)	①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③訪問看護 ④訪問リハビリテーション ⑤居宅療養管理指導 ⑥通所介護 ⑦通所リハビリテーション ⑧短期入所生活介護 ⑨短期入所療養介護 ⑩特定施設入居者生活介護 ⑪福祉用具貸与 ⑫福祉用具販売 ⑬住宅改修費の支給 ⑭その他()					
介護保険以外に利用して いる主なサービス						
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅		浴室(有・無)、()階		住宅改修(有・無)	
	浴室 <input checked="" type="checkbox"/> の方に伺います。自宅で不安なく入浴できますか? ③不安を感じていない ②少し不安を感じる ①非常に不安である					
家族構成 (家族関係の 状況など)	①一人暮らし ②高齢者のみの世帯 ③ ①または②だが、近所に子ども等がいる ④子ども等の家族と同居している ⑤ ④だが、日中は家に一人であることが多い ⑥その他()					
最近の状況	1日の生活・過ごし方など					

同意欄

川崎市住民主体による要支援者等支援事業実施団体の適切な支援や活動のため、この参加申出書について、実施団体から川崎市、担当地域包括支援センター及び担当居宅介護支援事業所へ提供する場合がありますことに同意します。

年 月 日

氏名(本人署名)

暮らしの元気度チェック（川崎市基本チェックリスト）

※ 参加者の状況に応じて実施してください（実施は任意です）

介護保険被保険者番号 _____

氏名 _____

No.	質問項目	【回答】 いずれかに○をお付けください	
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
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)	1. 該当	0. 非該当
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

チェックリスト	総合 (No. 1~No. 20)	運動 (No. 6~No. 10)	栄養 (No. 11~No. 12)	口腔 (No. 13~No. 15)	閉じこもり (No. 16~No. 17)	認知 (No. 18~No. 20)	うつ (No. 21~No. 25)	合計 (No. 1~No. 25)
判定	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	/25
該当基準	10 以上	3 以上	全該当	2 以上	No. 16 のみ	1 以上	2 以上	
結果	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	