

地域支援事業利用申請書

年 月 日

徳之島町長 様

申請者 住所 徳之島町 番地

氏名	印
連絡先 (Tel))

地域支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

記

利用対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	男・女
	氏名		電話番号		
	徳之島町		・事業対象者	・要支援 ()	
			・要介護 ()	・その他 ()	
家族状況	氏名	続柄	同居・別居	医療機関	医療機関
					主治医名
					連絡先
身体状況（現疾病名及び既往病など）					
事業名	総合事業				
	・訪問事業（訪問介護 ・生活支援ヘルパー ・生活支援ボランティア ・短期集中訪問事業） ・通所事業（通所介護 ・短期集中通所事業（委託）（直営） ・通所事業） ・生活支援事業（宅配給食）				
	任意事業（宅配給食 ・ 介護用品支給）				
希望する理由					

基本チェックリスト

* 要支援・要介護認定者以外の方は基本チェックリストを添付してください。

実施日： 年 月 日

No.	質問項目	回答		判定基準
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	1～20項目のうち10項目以上及び運動機能測定5点以上該当の場合 <input type="checkbox"/> 該当
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	
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	運動器の機能向上(3項目以上該当する場合) <input type="checkbox"/> 該当
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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	11及び12 <input type="checkbox"/> 該当
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)			
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	□ 口腔機能(13～15のうち2項目に該当) <input type="checkbox"/> 該当
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	口の渴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	16に該当 <input type="checkbox"/> 該当
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言われますか	1.はい	0.いいえ	認知機能(いずれか1つに該当) <input type="checkbox"/> 該当
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	うつ予防(2項目以上該当) <input type="checkbox"/> 該当
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。

運動機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ支援	全体
/5	/2	/3	/2	/3	/5	/25

基本チェックリストにより事業対象者に(該当する ・ 該当しない)

徳之島町 総合事業アセスメント票

1. 心身機能・健康状態

(1) 医療・疾患の状況

<現病歴・既往歴と経過> (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関(主治医に○)	経過	治療中の場合は内容

(2) 身体機能

四肢の機能	上肢機能	1. 問題なし	2. 問題あり(麻痺 ・ 拘縮 ・ しびれ ・ 痛み ・ その他)
	下肢機能	1. 問題なし	2. 問題あり(麻痺 ・ 拘縮 ・ しびれ ・ 痛み ・ その他)
視力・聴覚障害	1. なし	2. あり()	
内部障害	1. なし	2. あり()	

(3) 精神状態・知的障害の状況

認知症	1. なし	2. あり()
知的障害	1. なし	2. あり()
精神障害	1. なし	2. あり()
その他	1. なし	2. あり()

2. 生活機能評価

屋内歩行	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
屋外歩行	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
外出頻度	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
排泄	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
食事	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
入浴	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
着脱衣	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
掃除	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
洗濯	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
調理	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
整理	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
ゴミ出し	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
通院	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
服薬	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
金銭管理	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
電話	1. 自立	2. やや困難	3. できない()
社会参加	1. 自立	2. やや困難	3. できない()

3. その他のコメント (サービス利用に際しての要望など)

--

(宅配サービス 追加アセスメント)

食事内容	時間	1. 規則正しい	2. 不規則()																					
	朝食	1. 食べない	2. 食べる(内容:)																					
	昼食	1. 食べない	2. 食べる(内容:)																					
	夕食	1. 食べない	2. 食べる(内容:)																					
摂食・嚥下機能	咀嚼	1. 問題なし	2. 問題あり()																					
	嚥下	1. 問題なし	2. 問題あり()																					
食欲		1. 問題なし	2. 問題あり()																					
アレルギー・摂食禁止食品の有無		1. なし	2. あり()																					
排泄	便秘	1. 問題なし	2. 問題あり()																					
	下痢	1. 問題なし	2. 問題あり()																					
水分摂取		1. 問題なし	2. 問題あり()																					
生活能力	買物	1. できる	2. できない	3. やらない(a知識 b技能 c意欲)																				
	献立作成	1. できる	2. できない	3. やらない(a知識 b技能 c意欲)																				
	調理	1. できる	2. できない	3. やらない(a知識 b技能 c意欲)																				
	片づけ	1. できる	2. できない	3. やらない(a知識 b技能 c意欲)																				
調理設備	熱源	1. 問題なし	2. 問題あり(内容:)																					
	台所	1. 問題なし	2. 問題あり(内容:)																					
調理機器		1. 問題なし	2. 問題あり(内容:)																					
衛生状態		1. 問題なし	2. 問題あり(内容:)																					
<p>宅配利用回数 本人・家族の希望○ アセスメントの結果必要と思われる利用日◎</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>昼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夕</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>宅配以外のサービス利用状況も記載してください。</p>					月	火	水	木	金	土	昼							夕						
	月	火	水	木	金	土																		
昼																								
夕																								
その他のコメント(宅配利用に際しての要望など)																								