

第 1 号様式（第 3 条関係）

年 月 日

（宛先）流山市長

住所
申請者 氏名
利用者との続柄（ ）
電話番号

流山市介護予防・日常生活支援総合事業（サービス・活動 C）
利用申請書

流山市介護予防・日常生活支援総合事業（サービス・活動 C）を利用するため、流山市通所型サービス・活動 C 利用等の手続に関する要領第 3 条の規定により、申請します。

利 用 者	氏 名	生 年 月 日		
		年 月 日		
	住 所			
	電話番号		緊急 連絡先	
介護保険 認定状況	要支援 事業対象者 非該当（※ 1）			
介護保険サービスについて				
下記のサービスのいずれかを利用中ですか			利用中	利用して いない
1. デイサービス（介護予防通所介護相当サービス）			1	
2. 通所リハビリテーション（介護予防）			2	
3. 訪問リハビリテーション（介護予防）			3	
4. その他介護保険サービス			4	
			（※ 2）	

（※ 1）介護認知状況について

- ・ 要介護認定の方はサービス・活動 C を利用できません。
- ・ 非該当の方で利用を希望する場合、基本チェックリストを受け、事業対象者の申請を行ってください。

（※ 2）該当サービス（1, 2, 3）利用中の方は利用できません

（裏面に続く）

同意書

私は流山市介護予防・日常生活支援総合事業（サービス・活動Ｃ）利用にあたり、私個人に関する情報について、介護予防・日常生活支援総合事業に活用するために、流山市や指定通所型サービス・活動Ｃ事業所、市内高齢者なんでも相談室等の関係機関に提供することを同意します。

また、利用にあたる私個人に関する情報について統計処理をすることについても同意します。

氏名 _____

～基本チェックリスト～

●下記25項目の基本チェックリストにお答えください。

- 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・体重(BMI) 18.5未満なら該当(注)
(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) (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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか
(1. はい 0. いいえ)
- 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)以前は楽に出来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)

★質問は以上です。お疲れ様でした

市記入欄

1～5	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	合計
日常生活	運動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症予防	うつ予防	