

(新)

第15号様式の2 (省令第64条、第77条、第83条の9、第95条の2関係)

1	2	3
---	---	---

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届

届出年月日

4	年	月	日	10
5				

11											20										
被保険者番号	0	0	0								区分	新規・変更									
個人番号																					
ふりがな											生年月日										性別
被保険者氏名											年	月	日	28 1 男 2 女							
											21 1 明治 2 大正 3 昭和	22	27								

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者

29											38										
介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)する事業者																					
事業所番号																					
事業所名																					
事業所の所在地																					
電話番号 ()																					
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護ケアマネジメントを受託する場合にのみ記入してください。																					
事業所名																					
事業所の所在地																					
電話番号 ()																					
事業所を変更する場合の理由等	変更する場合のみ記入して下さい。																				
開始・変更年月日	39	年	月	日	45																
(宛先) 秦野市長 上記の事業者へ介護予防支援事業者(地域高齢者支援センター)へ介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届けます。 年 月 日 住所 被保険者氏名 電話 (左詰め、ハイフンで区切る)																					
46											58										
0																					

- 注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに秦野市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず秦野市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

処理欄	事業/支援→事業	支援/事業→支援	受付	確認
	<input type="checkbox"/> 開始・変更年月日の確認 (□要介護認定等無 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト実施日後) <input type="checkbox"/> 総合事業該当項目確認 <input type="checkbox"/> 被保険者証の確認(押印)	<input type="checkbox"/> 重複の確認 <input type="checkbox"/> 被保険者証の確認(押印)		

基本チェックリスト

実施日	年	月	日	氏名

No.	質問項目	回答	
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
12	身長、体重、BMI ()	身長 ⁷⁷ cm 0 . 0 ⁸¹	体重 ⁸² kg 0 . 0 ⁸⁶
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	今日が何月何日か分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。

①No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	(総合)	/ 20	⑩
②No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動)	/ 5	③
③No.11～12の2項目の全てに該当	(栄養)	/ 2	②
④No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔)	/ 3	②
⑤No.16～17の2項目のうちNo.16に該当	(外出)	/ 2	⑩
⑥No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(理解)	/ 3	①
⑦No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	(気分)	/ 5	②

同意欄

私が介護予防・日常生活支援総合事業を利用するに当たり、この基本チェックリストの情報を市及び地域高齢者支援センターと情報を共有することに同意します。

年 月 日 氏名 (本人署名)