

介護予防訪問型短期集中予防サービス事業申請書

目黒区長宛て

私は、介護予防訪問型短期集中予防サービス事業実施要綱の規定に基づき、下記の事項を確認の上、申請します。

記

- ・現在の健康状態について以下のとおりで間違いありません
- ・記載内容に変更があった場合は速やかに申し出ます
- ・身体状況等により参加ができなくなる場合があることを了承します
- ・この申込書と以下の関係書類を介護予防事業委託事業者に送付することに同意します

- 基本チェックリスト写し お薬手帳写し__枚 特定健診受診票写し
- 介護予防サービス・支援計画表 その他(_____ 枚)

本人署名:

参加者本人	フリガナ		申込年月日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
			性別・年齢	男 ・ 女 (歳)
	住所	〒 _____ 目黒区		
連絡先	電話 ()		FAX ()	
緊急時連絡先	①【氏名】	【参加者との関係】	【電話番号】	
	②【氏名】	【参加者との関係】	【電話番号】	
認定結果	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> サービス事業対象者(チェックリスト該当)			
担当ケアマネジャー	担当者名 (事業所名)		連絡先(電話・携帯電話)	
病歴				
治療状況	【現在受けている治療等】			【処方薬】 有 ・ 無 (薬の内容は別添)

運動制限	【現在、日常生活や運動について医師から制限するよう指示されていますか】		
	有・無	指示医療機関名・受診日 ()	
かかりつけ医①	【医療機関名】	【診療科】	【医師名】
かかりつけ医②	【医療機関名】	【診療科】	【医師名】
健康状態のチェック	【以下の健康状態の設問について該当する項目を○で囲んでください】		チェック欄
	①この6ヶ月以内に心臓発作又は脳卒中を起こしましたか		はい・いいえ
	②重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、又は拡張期血圧110mmHg以上)がありますか		はい・いいえ
	③糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか		はい・いいえ
	④この1年間で心電図に異常があるとされましたか		はい・いいえ ・未検査
	⑤家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか		はい・いいえ
	⑥この1ヶ月以内で急に腰、膝などの痛みが発生し今も続いていますか		はい・いいえ
	⑦この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか		はい・いいえ
	「はい」の場合 → その理由は何ですか(
	⑧かかりつけ医等から運動を含む日常生活を制限されていますか		はい・いいえ
「はい」の場合 → その理由は何ですか(該当する理由に○をしてください。)			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) ・ 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) ・ 糖尿病、呼吸器疾患(慢性気管支炎・肺気腫など) ・ 骨粗しょう症や骨折、関節症などによる痛みのため ・ その他(
・ 現在の健康状態はいかがですか。 よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない			
備考			
受付	包 括 :	包括支援センター	担当者 : 連絡先 :