

生活状況などを確認するため、1~25までの質問に回答してください。

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	はい	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	はい	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	はい	いいえ
8	15分位続けて歩っていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	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	はい	いいえ
12	身長 cm 体重 kg (注)こちらの記載は不要です (B M I =)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	はい	いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった	はい	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	はい	いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ

(注) B M I = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が、18.5未満の場合に該当します。

練馬区長殿

年 月 日

以下のとおり練馬区いきがいデイサービス事業の利用を申請します。なお、つぎの点について同意します。
 申請の可否決定に係る調査のため、区が住民基本台帳および区の保有する介護保険情報を確認すること。
 運営委託事業者にこの申請書に記載された情報を提供すること。
 練馬区いきがいデイサービス事業の利用中または利用終了後に、在宅生活の支援、安否確認および緊急時の支援のために必要であると区長が認めた場合には、この申請書に記載された情報を地域包括支援センターに提供すること。

フリガナ	生年 月日	年 月 日		
氏名		(歳)		
住所	練馬区	電話		
希望施設に をしてください。				
練馬 (〒176)	1 厚生文化会館 4 中村地域集会所	2 小竹地域集会所	3 旭丘地域集会所	
光が丘 (〒179)	5 春日町青少年館	6 土支田中央地域集会所	7 早宮地区区民館	
石神井 (〒177)	8 三原台地域集会所 11 上石神井北地域集会所	9 石神井公園区民交流センター 12 関町北地区区民館	10 下石神井地区区民館	
大泉 (〒178)	13 大泉学園地区区民館	14 大泉町地域集会所	15 東大泉地域集会所	

令和8年4月より食のほっとサロン事業に移行します。

旭丘地域集会所は、小竹地域集会所と統合し食のほっとサロン事業に移行します。

裏面もご記入ください。

<区記入欄> 以下の欄には記入しないでください。

介護保険認定状況	確認欄
1 なし	
2 あり (要介護・要支援・事業対象者)	

緊急連絡先は、必ずご記入ください。（なるべく携帯電話の番号を記入してください。）

住所は、別居の場合のみお書きください。

緊急連絡先	氏名	続柄	同居の有無	電話	住所 (別居の場合のみ)	
			1 同居 2 別居			
			1 同居 2 別居			
			1 同居 2 別居			
			1 同居 2 別居			
申請理由	1 他者との交流を図るため 2 健康の維持向上のため 3 閉じこもり防止のため 4 介護予防を図るため 5 その他 (具体的に) []					
	生活の状況	老人クラブ等への所属	1 あり (団体名:) 2 なし			
		近所付き合い	1 週()回 2 月()回 3 挨拶程度 4 なし 5 転入して来たばかりでわからない(年 月 転入)			
		外出頻度	1 週()回 2 月()回 3 年に数える程度 4 ほとんどない			
		趣味・楽しみ	1 ある (具体的に:) 2 特にない			

身体状況	疾病	1 ある 病名: [] 状態: [] 2 ない
	主治医	病院名: _____ 所在地: _____ 担当医師名: _____ 通院: 月に()回 週に()回 その他()
	移動(歩行)	1 支障なし 2 ()分程度は歩ける 3 その他 ()
	歩行補助用具	1 使用なし 2 使用あり (杖など) []
		裏面 (健康長寿チェックシート) もご記入ください。