

(第6条関係)

# 八女市生きがいデイサービス事業利用申請書

年 月 日

八女市長

申請者（本人） 氏 名  
電 話

利用者情報	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏 名				( 歳)		
	電話番号	固定電話	-	-	送迎希望	有 ・ 無	
		携帯電話	-	-			
住 所	八女市						
緊急連絡先	①	(続柄)		電話番号	-	-	
	②	(続柄)		電話番号	-	-	
健康状態	かかりつけの病院						
	疾患名	有・無	いつ頃から	医療機関名	受診状況	治療状況	
	(記入例) 高血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	R2年夏ごろ	〇〇クリニック	ひと月に1回	服薬中	
	高血圧・心臓病	有・無					
	脳出血・脳梗塞	有・無					
	糖尿病	有・無					
	腰痛・膝関節症	有・無					
◆現在下記のような症状がありますか？ 頭痛・めまい・下痢・便秘・肩の痛み・その他 ( )							
<b>【同 意】</b> ・利用対象の理解：本事業の対象が「自立して事業への参加が可能な者」であることを理解しました。 ・継続利用の判断：市が実施する定期的な状態確認の結果、対象外と判断された場合は利用を終了し、その後身体状況に応じた次のステップへの支援の案内を行うことに同意します。 ・情報の提供：本申請書の内容を、適切なサービス提供のため指定事業所へ提示することに同意します。 上記に同意の上、 <u>事業参加に支障のない健康状態であることを確認し</u> 、利用を申請します。 なお、治療中の疾患がある場合は、かかりつけ医より本事業への参加許可を得ていることを申し添えます。							
氏 名 (自署) _____							

(第6条関係)

【新規申請者用】

## 八女市生きがいデイサービス事業身体状況調査票

【重要】安全に楽しくご利用いただくため、以下の点にご同意をお願いします。

- 1 自立した参加：移動や排泄を含め、職員のサポートなく一人で活動できることが条件です。
  - 2 継続の判断：市が毎年度行う状態確認の結果、対象外（介助が必要な状態）と判断された場合は、本事業の利用を終了します。
  - 3 次のステップへの支援：利用終了後は、お身体の状態に合わせた最適なサービス（介護保険等）を関係各所と連携してご提案します。
- 安全な運営のため、ご理解とご協力をお願いいたします。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※以下の質問の当てはまる回答のほうに○をつけてください。

No	質問項目	回答	
1	周りの人のサポートや杖、歩行器、手すり、壁などに頼らずに歩けますか？ ※使用している場合でも、補装具がなくとも自立して歩ける場合は、「はい」に○をつけてください	はい	いいえ
2	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がれますか？	はい	いいえ
3	15分以上続けて散歩、農作業、スポーツ、家事など身体を動かしていますか？	はい	いいえ
4	入浴は、身体を洗い、入浴し、服を着るなど全ておひとりでできますか？	はい	いいえ
5	お食事は、配膳、食事、片付けを全ておひとりでできますか？	はい	いいえ
6	排泄（トイレ）は、おひとりで排泄されますか？ ※排泄物でトイレや衣類を汚されることが多々ある場合は「いいえ」に○をつけてください	はい	いいえ
7	（補聴器をお使いの方も含めて）普段の会話で、何度も聞き返したり、大きな声で話してもらわずに、一度でスムーズに聞き取ることができますか？	はい	いいえ
8	今日が「何日」か、または「何年何月」であるかわかりますか？	はい	いいえ
9	周りの人と話をするとき、聞いたことを忘れずにスムーズに会話ができますか？	はい	いいえ
10	人との約束や病院の予約を、カレンダーやメモをみて予定を思い出し、自分一人で準備して行動できていますか？	はい	いいえ

市記入欄	質問No	点数（「はい」の数）	判定
	【身体機能】 No. 1～No. 7	／7点	対象者である（10点） ・ 対象者ではない（9点以下）
【認知機能】 No. 8～No. 10	／3点	※すべて「はい」に該当する10点満点の方が生きがいデイサービスの対象となります。 「いいえ」が一つでもある場合、対象者ではなく、怪我等のリスクがあるため、お身体に沿ったサービスにご案内してください。	