

(注)この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

※介護保険システムからの出力不可

基本チェックリスト実施判断シート

受付日 平成 年 月 日

所属 ( )区健康福祉課高齢介護係 ( )地域保健福祉センター

地域包括支援センター( ) 受付者名( )

本人	被保険者番号 ( ) 整理番号 ( )
	氏名 ( ) 生年月日 ( T・S ) 電話番号 ( )
	世帯構成 ( ひとり暮らし・65歳以上のみ・その他 ( ) )
	かかりつけ医(医療機関) ( ) 主治医名 ( )
申請者氏名	氏名 ( ) 続柄 ( 同居・別居 )
申請の理由	病名

【確認内容】 介護予防・日常生活支援総合事業についての説明 (済・未)

項目	確認事項	チェック欄
今後、利用希望するサービスの内容	1 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)・身体介護のサービスを利用したい。 ➢回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。 介護者がいない(日中)独居や高齢者世帯等が対象です。	<input type="checkbox"/>
	2 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。 ➢回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	3 自宅において、1人では入浴できないため、通所介護で入浴したい。 入浴できない理由( )	<input type="checkbox"/>
	4 下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) 1. 福祉用具レンタル・購入 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴 5. 訪問看護 6. 地域密着サービス 7. 居宅療養管理指導 8. 住宅改修	<input type="checkbox"/>
	5 施設に入居(GH)・入所(特養・老健)したい。	<input type="checkbox"/>
	6 利用希望するサービスはないが認定を受けたい。 (念のための申請は、必要時に申請するよう促す)	<input type="checkbox"/>
	7 高齢者福祉サービス(紙おむつ・訪問理美容・住宅リフォーム等)を利用したい。	<input type="checkbox"/>
本人の状態	8 1人でタクシーや公共機関を利用して外出できる。	<input type="checkbox"/>
	9 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理は自分でできる。	<input type="checkbox"/>
	10 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。	<input type="checkbox"/>
	11 歩行や立ち座りに介助を必要とし、1人で外出できない。	<input type="checkbox"/>
	12 認知症の症状が(物忘れ・同じ話を繰り返す等)みられ、薬の内服(時間や種類等処方どおりに飲む)、電話の利用(電話をかける、要件を伝える)等に介助を受けている。または、精神症状(独語・うつ傾向)が見られる。	<input type="checkbox"/>
	13 病気やけがのため、入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>
14 寝たきり又は、重い認知症である。	<input type="checkbox"/>	
特記事項		

1	「1」～「3」のいずれか、かつ「8」～「10」のいずれかに該当する	⇒基本チェックリスト実施対象者です。	<input type="checkbox"/>
2	「4」～「7」・「11」～「14」のいずれかに該当する	⇒基本チェックリスト実施対象者外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	<input type="checkbox"/>
	「8」～「10」に該当しない場合		
3	「8」～「10」以外に該当がない	⇒基本チェックリスト対象外です。 相談内容に応じて、茶の間や介護保険外サービスの情報を提供してください。	<input type="checkbox"/>
4	1(基本チェックリスト実施対象者)に該当したが、同時に要介護認定申請を実施した場合		<input type="checkbox"/>