

(注)この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票

受付日(/)

所 属 (介保・高福)、包括(聖孝園・鮎川・金沢・成華園・サン豊浦・銀砂台・神峰の森・小咲園) 受付者名()

本 人	被保険者番号() 氏名 (歳)		高福事務欄	
	介 護 度	要支援 (1 ・ 2) 要介護		台帳No
		新規 (本人来所 有 ・ 無 :理由)		介護保提出日
有効期限終了日	年 月 日終了 *認定者のみ記入		介保証交付日	
代理の場合 (親族が申請する場合のみ記入)	代理人氏名	(続柄)		負割証交付日
	代理の理由	入院中・一人で歩けない・本人に頼まれた		管台帳入力日
その他 ()				

【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)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、一人では入浴できないため、デイサービスで入浴したい。 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. 地域密着型サービス 7. 居宅療養管理指導 8. 住宅改修 (※ 具体的に希望する事業所がある場合は、記入してください。)	<input type="checkbox"/>
	5 入居(GH・サ高住)・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してください。	<input type="checkbox"/>
本人の状態	7 一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる。	<input type="checkbox"/>
	8 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる。	<input type="checkbox"/>
	9 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"/>
	10 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>
	11 認知症の症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、薬の内服(時間や種類など処方どおり飲む)、電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている。	<input type="checkbox"/>
	12 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>
	13 寝たきり又は、重い認知症である。	<input type="checkbox"/>

(包括記入欄)

「1」～「3」のいずれか、かつ「7」～「9」のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象者です。	<input type="checkbox"/>	確認者
「4」～「6」・「10」～「13」のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	<input type="checkbox"/>	

※ 基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリスト、確認票、介護予防ケアマネジメント届出書、介護保険証を市(高齢福祉課)まで提出願います。