

(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 対象者確認票

受付日：令和 年 月 日

対象者氏名		被保険者番号	
-------	--	--------	--

【チェックリスト実施対象者判定確認】 (介護保険制度の説明 未 ・ 済 )

項目	確認事項	はい	いいえ
本人の状態	1 認知症状（物忘れ・同じ話を繰り返す等）がみられ、イライラしたり、ぼんやりすることが増えている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 身の回りのこと（排泄・着替え等）や服薬管理・金銭管理が自分でできない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 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ない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をした。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 かかりつけの医師から「運動を含む日常生活」の制限をされている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 この6ヶ月以内に心臓発作・脳卒中を起こした。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 重い高血圧がある。（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 糖尿病・腎機能低下、低血糖発作などの既往症がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 この1年間で心電図に異常があるとされたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用を希望するサービスの内容等	12 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. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴 5. 福祉用具レンタル・購入 6. 住宅改修 7. その他（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13 入居（GH等）・入所（特養・老健・療養病床）を希望している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14 かかりつけの医療機関又は現在治療を受けている病院で、医師等から介護認定申請を勧められた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 【要支援2・更新時確認】現在受けているサービスの利用回数（介護予防訪問介護・週2回超）（介護予防通所介護・週2回）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 下記の総合事業のサービスを利用したい。（希望するサービスに○） 1. 訪問型サービス（掃除や買い物等の生活支援を受けたい） 2. 通所型サービス（他者との交流がしたい） 3. その他（ ）		

【状況調査にかかる事前確認】

状況調査実施場所の希望	<input type="checkbox"/> 本人自宅	住所	
	<input type="checkbox"/> その他	訪問先	(続柄： ) ※施設名や家族宅等（家族の場合は続柄記入）
		電話番号	
調査日時希望 ※この時点で具体的な日にちの指定はできないことを伝える	<input type="checkbox"/> 希望なし		
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり	曜日	月・火・水・木・金・土・日
	<input type="checkbox"/> 時間の希望あり	時間帯	午前・午後・時頃
立会人	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり（立会人氏名： 続柄： ) (連絡先 )		受付印
特記事項			