

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

注)この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

受付日 令和 年 月 日

被保険者番号		生年月日	明・大・昭
フリガナ			年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
現住所	〒		
介護度	要支援(1・2) 要介護・新規		
	有効期限終了日	平成・令和 年 月 日終了 ※認定者のみ	
身体の状況 ・ 相談内容等			

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 生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい <small>※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)独居や高齢者世帯が対象です</small>	<input type="checkbox"/>
	2 通所をして他者との交流や運動する機会をつくりたい <small>※回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます</small>	<input type="checkbox"/>
	3 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. 福祉用具レンタル、購入 5. 訪問入浴 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス(GH、小規模多機能)	<input type="checkbox"/>
	4 入居(GH・サ高住)・入所(特養、老健)したい	<input type="checkbox"/>
	5 利用希望するサービスはないが認定を受けたい <small>※念のための申請は、必要時に申請するように促してください</small>	<input type="checkbox"/>
	6 介護予防としての住民の通いの場や健康教室等を利用したい	<input type="checkbox"/>
	7 介護予防としての住民の通いの場や健康教室等の支援のための活動に関わりたい	<input type="checkbox"/>
本人の状態	8 身の回りのこと(排泄・着替え・入浴等)や内服管理・金銭管理・医療行為が一人できない	<input type="checkbox"/>
	9 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"/>
	10 認知症状(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・用法を伝える)等に介助を受けている	<input type="checkbox"/>
	11 病気やけがで入院中または治療中である(裏面参照)	<input type="checkbox"/>
	12 寝たきり又は、認知症の診断を受けている	<input type="checkbox"/>

「1」・「2」のいずれかに該当し、かつ、「3」～「5」・「8」～「12」に該当しない。	⇒チェックリスト実施対象者です	<input type="checkbox"/>
「3」～「5」・「8」～「12」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"/>
「6」・「7」のいずれかに該当する	⇒チェックリスト実施対象外です 一般介護予防事業及び運営団体を紹介してください	<input type="checkbox"/>

※基本チェックリストを実施し該当した場合は、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を介護福祉課(認定係)へ提出願います。

受付者名()

収 受	
----------------	--

項目11 チェック票		チェック欄
1	心筋梗塞、脳卒中を6ヶ月以内におこした	<input type="checkbox"/>
2	狭心症、心不全、重症不整脈がある	<input type="checkbox"/>
3	収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg	<input type="checkbox"/>
4	慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある	<input type="checkbox"/>
5	糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある	<input type="checkbox"/>
6	急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	<input type="checkbox"/>
7	急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある	<input type="checkbox"/>
8	その他()	<input type="checkbox"/>