

## 介護予防・日常生活支援総合事業 受付シート(新規・更新)

基本チェックリスト実施者または要介護認定の申請かの判断できにくい場合のツールとして使用してください。

\*この確認のシートは、ご本人が記入するものではありません。

受付日( 年 月 日 ) 所属( ) 受付者名( )

本人	氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
要介護認定	介護度	新規・要支援(1・2)・要介護
	有効期限終了日	年 月 日 終了 ※認定者のみ記入
本人以外が申請・チェックリストをする場合のみ記入	代理人氏名	( 続柄 )
	代理申請理由	入院中・一人で歩けない・本人に頼まれた・その他( )
現在のサービス利用状況 ※更新の場合は記入	訪問介護(ヘルパー)	( 回/週) 内容:掃除・買い物・調理・入浴介助・他( )
	通所介護(デイサービス)	( 回/週) 入浴利用(あり・なし)
	その他のサービス	福祉用具レンタル・通所リハ・訪問看護・ショート・デイケア・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
本人の状態	1 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"/>
	2 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"/>
	3 かかってきた電話の対応や伝言が正しく行うことができる	<input type="checkbox"/>
	4 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出ができない	<input type="checkbox"/>
	5 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に飲む)、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"/>
	6 大きな病気やけがで入院中や又は療養中である	<input type="checkbox"/>
	7 寝たきり又は認知症であると診断されている。	<input type="checkbox"/>
今後、利用希望するサービスの内容	8 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 ※回数や内容はケアマネジメントで決定されます。介護者がいない世帯が対象です	<input type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> 3回/週
	9 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 ※回数や内容等はケアマネジメントで決定されます	<input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 2回/週
	10 一人で自宅で入浴ができないので、デイサービスで入浴したい ※入浴できない理由( )	<input type="checkbox"/>
	11 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 8.オムツ事業	<input type="checkbox"/>
	12 入居(グループホーム)・入所(特養・老健)したい	<input type="checkbox"/>
13 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、必要時に申請をするように促してください	<input type="checkbox"/>	
その他	14 障害者手帳 有り	<input type="checkbox"/>
⇒白枠のみに、チェックが入った場合は基本チェックリスト実施対象者です⇒		<input type="checkbox"/>
⇒網掛け枠にチェックが1個でも入った場合は要介護認定の手続きをしてください⇒		<input type="checkbox"/>

備考欄・包括への連絡欄