様式１

「介護予防・日常生活支援総合事業」対象者確認票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 確　認　事　項 | |  |
| 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。 | □ |
| 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。 | □ |
| ３ | １人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい  　入浴できない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □ |
| 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．訪問看護　２．ショートステイ　３．通所リハビリ　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（　　　　　　　　　） | □ |
| （※具体的に希望する事業所がある場合はご記入ください） |
| ５ | 入所（特養・老健・有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅等）したい | □ |
| 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。 | □ |
| 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 | □ |
| 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 | □ |
| ９ | 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 | □ |
| 10 | 歩行や立ち座りに介助が必要で、１人で外出できない | □ |
| 11 | 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・要件を伝える）等に介助を受けている | □ |
| 12 | 大きな病気やけがで入院中または療養中である | □ |
| 13 | 寝たきりまたは、認知症である | □ |
| 14 | ６５歳未満である | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □「１・２・３・７・８・９」のいずれかに該当する  かつ  □「４・５・６・10・11・12・13・14」のいずれにも該当しない | ⇒チェックリスト実施対象者です | □ |
| 上記以外の方 | ⇒チェックリスト実施対象外です。 | □ |

※基本チェックリストを実施した場合は、この票と一緒に、「基本チェックリスト」・「介護予防サービス計画作成」・「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を介護福祉課へ提出願います。

実施者：