

## 「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。	<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	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（ ）	<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. 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)	<input type="checkbox"/>
		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。	<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が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が必要で、1人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	12	大きな病気やけがで入院中または療養中である	<input type="checkbox"/>
	13	寝たきりまたは、認知症である	<input type="checkbox"/>
	14	65歳未満である	<input type="checkbox"/>

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

※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： \_\_\_\_\_