

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日 (年 月 日) 受付者所属: (市役所・北包括・中包括・南包括) 受付者 () 居宅名 ()

本人	被保険者番号	電話
	氏名・生年月日	氏名 大正・昭和 年 月 日
	要介護度	新規・事業対象者・要支援1・要支援2・要介護
	有効期限終了日	年 月 日終了 ※新規は記入不要
通院・訪問確認	通院中・通院なし	病院名:
	訪問中・訪問なし	リハビリ (利用・未利用)
代理申請の場合	代理人: 氏名 住所・電話	<input type="checkbox"/> 受付者に同じ
		氏名 続柄() 電話
		住所もしくは事業所名
	代理申請理由	
サービス利用を考える理由		

【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
今後、現状利用希望しているサービスの内容	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。	<input type="checkbox"/>
	2 「通所介護」を利用し、他者と交流、認知症予防・運動する機会を得たい ※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 一人で自宅で入浴できないので、通所介護で入浴したい 入浴が困難な理由()	<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.福祉用具レンタル・購入 2.ショートステイ 3.通所リハ 4.訪問リハ 5.訪問入浴 6.訪問看護 7.地域密着型サービス 8.住宅改修 ※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 入居(グループホーム・ケアハウス)・入所(特養・老健)・入院(療養型)したい	<input type="checkbox"/>
ご本人の状態	6 一人で目的をもって外出ができる	<input type="checkbox"/>
	7 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分のできる	<input type="checkbox"/>
	8 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"/>
	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通りに内服)、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"/>
	11 大きな病気やけがで入院中又は療養中である	<input type="checkbox"/>
	12 寝たきり又は、認知症(疑い)である	<input type="checkbox"/>
その他	津島市主催の体操教室やふれあいサロン、また地域行事に積極的に参加している	<input type="checkbox"/>
	助け合いの活動(つま家事サポーターやつまげんきボランティア等)に取り組んでいる	<input type="checkbox"/>
「4」「5」・「9」～「12」のいずれか1つ以上に該当する	⇒ 要支援・要介護認定申請の対象者です。	<input type="checkbox"/>
「1」～「3」のいずれか1つ以上に該当する、かつ「6」～「8」のいずれか1つ以上に該当する	⇒ 基本チェックリストの対象者です。	<input type="checkbox"/>

※基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリスト・確認票・介護保険証を高齢介護課へ提出願います。
介護予防サービス計画・介護予防マネジメント作成依頼(変更・終了)届出書の提出を速やかにお願いします。

市役所記入欄

資格者証 (不・要)	介護保険証発送日 (年 月 日)	負担割合証 (新規・発行済)	備考	台帳番号 No.
備考欄				