

(注)この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日：令和 年 月 日

対象者氏名		被保険者番号	
-------	--	--------	--

【チェックリスト実施対象者判定確認】（介護保険制度の説明 未 ・ 済 ）

項目	確 認 事 項		はい	いいえ
本人の状態	1	認知症状（物忘れ・同じ話を繰り返す等）がみられ、イライラしたり、ぼんやりすることが増えている。	☐	☐
	2	歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。	☐	☐
	3	身の回りのこと（排泄・着替え等）や服薬管理・金銭管理が自分でできない。	☐	☐
	4	かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができない。	☐	☐
	5	大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	☐	☐
	6	3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をした。	☐	☐
	7	かかりつけの医師から「運動を含む日常生活」の制限をされている。	☐	☐
	8	この6ヶ月以内に心臓発作・脳卒中を起こした。	☐	☐
	9	重い高血圧がある。（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）	☐	☐
	10	糖尿病・腎機能低下、低血糖発作などの既往症がある。	☐	☐
	11	この1年間で心電図に異常があると言われたことがある。	☐	☐
利用を希望するサービスの内容等	12	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. 訪問入浴 5. 福祉用具レンタル・購入 6. 住宅改修 7. その他（ ）	☐	☐
	13	入居（GH等）・入所（特養・老健・療養病床）を希望している。	☐	☐
	14	かかりつけの医療機関又は現在治療を受けている病院で、医師等から介護認定申請を勧められた。	☐	☐
	15	【要支援2・更新時確認】現在受けているサービスの利用回数（介護予防訪問介護・週2回超 ）（介護予防通所介護・週2回）	☐	☐
	16	下記の総合事業のサービスを利用したい。（希望するサービスに○） 1. 訪問型サービス（掃除や買い物等の生活支援を受けたい） 2. 通所型サービス（他者との交流がしたい） 3. その他（ ）		

【状況調査にかかる事前確認】

状況調査実施場所の希望	☐ 本人自宅			
	☐ その他	住 所		
		訪 問 先	(続柄：) ※施設名や家族宅等（家族の場合は続柄記入）	
		電 話 番 号		
調査日時 の希望 ※この時点で具体的な日にちの指定はできないことを伝える	☐ 希望なし			
	☐ 曜日の希望あり	曜 日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日	
	☐ 時間の希望あり	時 間 帯	午前 ・ 午後 ・ 時頃	
立会人	☐ なし			受付印
	☐ あり（立会人氏名： 続柄： ） （連絡先 ）			
特記事項				