

松江市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日	平成 年 月 日 ()			受付場所	介護保険課・支所・包括・居宅				
				受付者及び名称					
本人	被保険者番号				要介護度	要支援(1・2)		要介護	未申請
	フリガナ				有効期限	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日			
	名前				生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	性別	男・女
	住所				電話番号				
代理人	名前				続柄				
	住所				電話番号				

【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
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 一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. デイケア 4. 福祉用具レンタル 5. 訪問入浴 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス 8. 福祉用具購入	<input type="checkbox"/>
	5 入居(GH・サ高住)・入所(特養・老健)したい	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	7 介護予防としての住民の通いの場や健康教室等を利用したい。	<input type="checkbox"/>
	8 介護予防としての住民の通いの場や健康教室等の支援のための活動に関わりたい。	<input type="checkbox"/>
本人の状態	9 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"/>
	10 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"/>
	11 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"/>
	12 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"/>
	13 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・用件を伝える)等に介助を受けている	<input type="checkbox"/>
	14 大きな病気やけがで入院又は療養中である。又は主治医・医療機関から勧められた	<input type="checkbox"/>
	15 寝たきり又は、認知症である	<input type="checkbox"/>
	16 64歳以下で特定疾病がある	<input type="checkbox"/>

【判断基準】

「1」～「3」のいずれか、かつ「9」～「11」のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象者です	<input type="checkbox"/>
「4」～「6」・「12」～「16」のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください	<input type="checkbox"/>
「7」・「8」のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 一般介護予防事業及び運営団体を紹介してください。	<input type="checkbox"/>
※すぐにサービスが必要 : () 包括支援センターに連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/>

※基本チェックリストを実施した場合は、松江市基本チェックリスト・確認票・介護予防ケアマネジメント作成依頼書を介護保険課(認定係)へ提出願います。
※居宅支援事業所等が実施した場合は地域包括支援センターへ提出してください。

介護保険課用
