

【注】この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

## あんしん介護予防事業 事業対象者確認票

受付日 (      年      月      日 ) 受付窓口 ( 高年・介護・尾西・木曽川・包括《      》 )

本 人	被保険者番号	
	氏 名	
	介 護 度	要支援 ( 1・2 ) ・ 要介護 ・ 新規
	有効期限終了日	年      月      日 終了 ※ 認定者のみ記入
代 理 人 <small>※ 本人以外が申請する場合のみ記入</small>	代理人氏名	( 本人との関係 )
	代理申請理由	入院中 ・ 一人で歩けない ・ 本人に頼まれた ・ 外出手段がない その他 (      )

【確認内容】

※ あんしん介護予防事業についての説明 ( 済 ・ 未 )

項 目	確認事項	チェック欄
今後利用希望するサービスの内容	1 生活支援（掃除や買い物等）のサービスを利用したい。 <small>※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。また、介護者がいない（日中）独居や高齢者世帯が対象です。</small>	<input type="checkbox"/>
	2 通所して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。 <small>※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。</small>	<input type="checkbox"/>
	3 一人で入浴できないので、通所して入浴したい。 <small>入浴できない理由 (      )</small>	<input type="checkbox"/>
	4 運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上、認知症予防等の教室に参加したい。	<input type="checkbox"/>
	5 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（リハビリ） 4. 福祉用具レンタル・購入    5. 訪問入浴    6. 手すり以外の住宅改修 7. 地域密着型サービス（介護予防小規模多機能居宅介護 等）	<input type="checkbox"/>
	6 入居（グループホーム）・入所（特養、老健、特定施設）したい。	<input type="checkbox"/>
	7 利用したいサービスはないが、認定を受けたい。 <small>※ 「念のため」という申請については、必要時に行うよう案内してください。</small>	<input type="checkbox"/>
本人の状態	8 一人でタクシーや公共交通機関を利用して外出できる。	<input type="checkbox"/>
	9 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"/>
	10 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"/>
	11 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出することができない。	<input type="checkbox"/>
	12 認知機能の低下（もの忘れ・同じ話を繰り返す等）がみられ、薬の内服（種類等処方どおり時間正しく飲む）、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"/>
	13 病気やけがのため、日常生活に介助が必要な状態である。	<input type="checkbox"/>
	14 寝たきり状態、または認知症の診断を受けている。	<input type="checkbox"/>

【確認結果】 ※ 網掛の項目を優先します

① : 「8」～「10」のみすべて該当する	⇒ 一般介護予防事業を案内してください	<input type="checkbox"/>
② : 「5」～「7」または「11」～「14」のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です 要介護認定が必要かどうか相談して下さい	<input type="checkbox"/>
③ : ①・②には該当しないが「1」～「4」のいずれかに該当する	⇒ <u>チェックリスト実施対象者です</u>	<input type="checkbox"/>

※ 本人について明らかに要介護認定が必要な場合、この確認票の記入は不要です。

※ 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・介護保険証を高年福祉課地域支援グループに提出してください。

実施者	
-----	--

【注】この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

【特記事項等】