**介護予防・日常生活支援総合事業対象者　窓口確認票**

受付日　　　　　 　年　 　月　 　日

受付者　　所属：　　　　　　　　　　　　　　　職氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本　人 | 被保険者番号　　　　　　　　　　　　氏 名　　　　　　　　　　（　　　歳） | |
| 介　護　度 | 更新　要支援（ １ ・ ２ ）　要介護（　１・２・３・４・５　） |
| 新規　本人来庁（　有 ・ 無 　）※無の場合、代理人欄に記入 |
| 有効期間終了日 | 年　　月　　日　※更新のみ記入 |
| 代理人 | 代理人氏名 | （続柄：　　　　） |
| 代理の理由 | 入院中 ・ 一人で歩けない ・ 本人に頼まれた |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【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 |
| 希望する  サービス  の内容 | 1 | **「訪問介護」（ホームヘルプ）**を利用し、調理や掃除、洗濯等の支援を  受けたい。※回数・内容等はケアマネジメントで決定される。介護者  がいない（日中）又は独居や高齢者世帯等が対象。 | □ |
| 2 | **「通所介護」（デイサービス）**を利用し、食事・入浴などの日常生活上  の支援を受けたい。※回数・内容等はケアマネジメントで決定される。 | □ |
| 3 | 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．通所リハビリ　　　　　　　４．訪問リハビリ  ５．訪問看護　　　　　　　　　６．訪問入浴 | **□** |
| 4 | 施設に入所（特養・老健）、入居（有料老人ホーム・ＧＨ）したい。 | **□** |
| 5 | サービスの利用は希望しないが、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。** | **□** |
| 本人の状態 | 6 | タクシーや公共機関を利用し、１人で外出できる。 | □ |
| 7 | 身の回りのこと（排泄・着替え等）や内服管理・金銭管理が１人で  できる。 | □ |
| 8 | かかってきた電話の対応や伝言を正しく伝えることができる。 | □ |
| 9 | 年齢が６５歳以下である。（２号被保険者の方は必ず要介護認定が必要。） | **□** |
| 10 | 歩行や立ち座りに介助を必要とし、１人で外出できない。 | **□** |
| 11 | 認知症の症状（物忘れ・同じ話を繰り返す等）がみられ、薬の内服（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。 | **□** |
| 12 | 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。 | **□** |
| 13 | 寝たきり又は重い認知症である。 | **□** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １、２のいずれか、かつ６～８のいずれかに  該当。（チェック欄の網掛け部分） | ⇒　チェックリスト実施対象者です。  ※地域包括支援センターへ | □ |
| 上記以外に該当。（チェック欄の白い部分） | ⇒　要介護認定申請の対象者です。  ※要介護認定の申請へ | **□** |