

介護予防・日常生活支援生活総合事業 対象者窓口確認票

受付年月日【 年 月 日】 受付者名【 】
 所属【 介護 ・ 包括 ・ 高齢 ・ その他（ ）】

事務確認欄	
NO.	
介護保険証 交付日	
負担割合証 交付日	
LP入力日	

本人	被保険者番号								
	氏名								
	介護度	認定無	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5					
代理の場合	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
本人の状態	1 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"/>
	2 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"/>
	3 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る。	<input type="checkbox"/>
	4 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>
	5 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（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"/>
	6 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>
	7 寝たきり又は、重い認知症である。	<input type="checkbox"/>
今後、利用希望するサービスの内容	8 「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。 <small>※回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。介護者がいないひとり暮らしや高齢者世帯等が対象</small>	<input type="checkbox"/>
	9 「通所介護」を利用して、他者との交流や機会をつくりたい。 <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"/>
	10 自宅において、一人では入浴ができないため、デイサービスで入浴したい。 <small>※入浴できない理由 ()</small>	<input type="checkbox"/>
	11 生活する環境を整える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 住宅改修	<input type="checkbox"/>
	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 ショートステイ 2 訪問リハ 3 訪問入浴 4 訪問看護 5 地域密着型サービス 6 居宅療養管理指導 <small>※具体的に希望する事業所がある場合は、記入。 ()</small>	<input type="checkbox"/>
	13 入居（GH・サ高住）・入所（特養・老健）したい。	<input type="checkbox"/>
	14 利用希望するサービスはないが、認定を受けたい。 <small>※念のための申請は、必要時に申請するように促してください。</small>	<input type="checkbox"/>

4～7、11～14 のいずれかに該当する。	⇒ チェックリスト実施対象外 要介護認定の申請手続きをする。	<input type="checkbox"/>
1～3 のいずれか、かつ 8～10 のいずれかに該当する。	⇒ チェックリスト実施対象者	<input type="checkbox"/>
1～3 のいずれか、かつ 8～10 のいずれかに該当し、11 にも該当する。		

基本チェックリスト

記入日 年 月 日

No.	質問項目	回答		集計	判断基準
		(いずれかに○をつけてください)			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	No.1~20 /20	No.1~20 10/20
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	No.6~10 /5	3/5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	No.11~12 /2	2/2
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	No.13~15 /3	2/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	No.16~17 /2	No.16に 該当
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	No.18~20 /3	1/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	No.21~25 /5	2/5
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

確認欄	判定
	該当 ・ 非該当