

基本チェックリスト実施対象者確認票

※この確認票は、相談対応者が記載するものです。

※基本チェックリスト活用可否の判断に使用するものであり、その結果をもって要介護支援認定申請を妨げるものではないことに留意してください。

記入年月日 平成 年 月 日

氏名	(歳)
認定状況	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護

※以下の3～11のひとつでも「はい」に該当する場合、要介護・要支援認定が必要です。

項目	確認事項	はい	いいえ
希望するサービス	1 訪問型サービスを利用したい。備考 (希望する支援の内容など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 通所型サービスを利用したい。備考 (希望する支援の内容など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 保険給付のサービスを利用したい。 (1)福祉用具貸与・購入 (2)短期入所 (3)通所リハビリ (4)訪問入浴 (5)訪問看護 (6)住宅改修 (7)その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 施設等への入所を希望している。(例: GH、特養、老健)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 病気や怪我で入院中(又は療養中)であり、主治医に要介護・要支援認定申請を進められた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人の状態	6 年齢が64歳以下である。(第2号被保険者は要介護・要支援認定申請を行う)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 杖や歩行器を使っても一人で歩行ができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 着替え・食事・入浴ができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 排泄に手助けが必要である。 (例:ズボン・パンツの上げ下げができない。排泄直後のトイレ周りの掃除が必要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 認知症の悪化により日常生活に支障がある。(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以上相当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 寝たきりである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 本人・家族の希望による要介護支援認定申請 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

対応者	所属	氏名
-----	----	----

*上記を記載のうえ、本人・家族に本書類をお渡しし、地域包括ケア推進室まで提出されるようお伝えください。なお、基本チェックリストを実施した場合は、チェックリストも併せて提出されますようお願いいたします。