**介護予防・日常生活支援総合事業対象者窓口確認票**

R2.4改正**受付日**（　　　/　　　） 今回要介護申請（ 有 ・ 無 ）　　（　本庁　・　大隅支所　・　財部支所　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人** | **氏　　名** |  | **性別** | 男　・　女 | | | **年齢** | 歳 |
| **生　年　月　日** | 年　　　　　月　　　　　　日 | **被保険者番号** | |  | | | |
| **電　話　番　号** |  | **有効期限終了日** | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| **介　護　度** | 新規　・　要支援（　1　・ 2　）・　要介護 | | | | | | |
| **住　所** | 曽於市 | | **自治会** | |  | | |
| **代理申請**  **時に記入** | **代理人氏名** | 本人との関係　（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **代理申請の理由** | 入院中　・　一人で歩けない　・　本人に頼まれた ・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

**【確認内容】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **ヘルパー（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。** | □ |
| **２** | **デイサービス（通所介護）を利用して,交流や運動する機会をつくりたい。** | □ |
| 3 | 下記の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.デイケア(通所リハビリ)  4.訪問入浴　　　　　　　　　　　　5.訪問看護　　　　　　6.地域密着型サービス  7.居宅療養管理指導　　　　　　8.住宅改修 | □ |
| 4 | 入居（グループホームなど）・　入所（特養・老健）したい | □ |
| 5 | 利用希望するサービスはないが認定を受けたい。 | □ |
| **本人の状態** | 6 | 独歩または杖や歩行器を使用して一人で歩くことができる。 | **□** |
| 7 | 身の回りのこと（排泄・着替え等）や内服管理・金銭管理が自分でできる。 | **□** |
| 8 | かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことが出来る。 | **□** |
| 9 | 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。 | □ |
| 10 | 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）等に介助が必要な状態である。 | □ |
| 11 | 大きな病気やけがの為、入院中又は療養中である。 | □ |
| 12 | 寝たきり又は、重い認知症である。 | □ |

**（留意点）**■１～２のみ希望で6～8のすべてに該当する場合は,**事業対象者**確認のため後日包括より訪問調査を行う。

■3～4または9～12のいずれかに該当する場合は,**要介護認定申請**対象となる。

■5に該当する場合は,必要時に申請していただくよう説明し,一般介護予防事業等の紹介を行う。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **訪問日** | 希望日なし　・　希望日あり（　　　　　　　　　　　　） | **場所** |  |
| **立会い** | なし　・　あり　　氏名（　　　　　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　　　　）　連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |