

安来市介護予防・日常生活支援総合事業 相談受付シート

受付日	年 月 日 ( )	受付機関	
	時 分 ~ 時 分	受付者	

本人	被保険者番号		要介護度	未申請・要支援(1 2) 要介護
	名前		生年月日	M・T・S 年 月 日 ( )歳
	住所			
	電話番号		家族構成	独居・( )
相談者	名前	続柄( )	対応	窓口・電話・その他( )
	住所			

●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	内容	チェック欄
サービス利用について	① 下記のサービスを利用したい 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 福祉用具レンタル 5. 訪問入浴 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>
	② 入居(グループホーム)・入所(特養・老健)したい	<input type="checkbox"/>
	③ 現在利用の予定はないが、認定を受けておきたい。	<input type="checkbox"/>
	④ 「訪問介護」を利用して生活支援(買物や掃除、食事の準備等)サービスを利用したい	<input type="checkbox"/>
	⑤ 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい また、入浴がしたい。(自宅で入浴できない理由: )	<input type="checkbox"/>
	⑥ 住民の通いの場や健康教室を利用して介護予防がしたい	<input type="checkbox"/>
	⑦ 地域で実施される住民の通いの場を支援する活動をしたい	<input type="checkbox"/>
本人の状態	⑧ 入院中または療養中で介護サービスが必要である。又は主治医から勧められた。	<input type="checkbox"/>
	⑨ 64歳以下で特定疾病がある。	<input type="checkbox"/>
	⑩ 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	⑪ 認知症状(物忘れ、同じ話を繰り返す等)がみられ日常生活に支障をきたしている	<input type="checkbox"/>
	⑫ 身の回りのこと(食事、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"/>

介護保険申請の手続きをしてください	①～③のいずれか、かつ⑧～⑪のいずれかに該当する。	<input type="checkbox"/>
チェックリスト実施対象者です	④～⑤のいずれか、かつ⑫に該当する。かつ認定申請を希望しない。	<input type="checkbox"/>
チェックリスト実施対象外です 一般介護予防事業の紹介をください	⑥に該当する。	<input type="checkbox"/>
チェックリスト実施対象外です 一般介護予防事業の運営団体を紹介してください	⑦に該当する。	<input type="checkbox"/>

※基本チェックリストを実施したときは、基本チェックリスト、相談受付シート、介護予防ケアマネジメント依頼書、総合事業利用申請書を介護保険課へ提出ください。

備考		確認者
----	--	-----