

戸田市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日 () 所属 () 受付者名 ()

本人	被保険者番号	
	氏名	
	住所	戸田市
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	介護度	新規・要支援 (1・2) 要介護
	有効期限終了日	年 月 日終了 *認定者のみ記入
本人以外が チェックリストを 実施する場合	実施者	(続柄)
	本人が実施できない理由	入院中・一人で歩けない・本人に頼まれた
		その他 ()
現在のサービス利用状況 更新の場合は記入	訪問介護(ヘルパー)	(回/週) 内容: 掃除・買い物・入浴介助・他 ()
	通所介護(デイサービス)	(回/週) 入浴利用 (あり・なし)
	その他のサービス	福祉用具レンタル・訪問看護・ショート・デイケア

【確認内容】

項目	確認事項	チェック欄
要支援・要介護認定申請	1 介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに を付けてください) 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴 5. 福祉用具レンタル・購入 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス 8. 訪問型サービス (週3回利用) 9. 通所型サービス2 (週2回利用)	<input type="checkbox"/>
	2 入居(GH・サ高住) ・ 入所(特養・老健)したい。	<input type="checkbox"/>
	3 利用希望するサービスは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。	<input type="checkbox"/>
	4 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"/>
	5 認知症状(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 大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>
	7 寝たきり又は、認知症である。	<input type="checkbox"/>
基本チェック リスト実施	1 「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。 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	2 「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。 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	3 一人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由()	<input type="checkbox"/>

備考欄・包括への連絡欄