

更新用

基本チェックリスト実施対象者確認票

※この確認票は、職員・ケアマネ等の記入・確認用です。

※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（要支援）認定申請を妨げるものではありません。

記入日 年 月 日

被保険者名（年齢）	() 歳		
認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	有効期限 年 月末切れ

※以下の3～12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 訪問介護（ヘルパー）を利用したい 希望する支援内容など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 通所介護（デイサービス）を利用したい 希望する支援内容など	<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・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 現在、要支援2の認定を持ち、今後も支給限度額 50,030 円を超えるサービスを利用したい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 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"/>
本人の状態	6 病気やけがで入院中（又は療養中）であり、主治医に要介護・要支援認定申請を勧められた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 年齢が64歳以下である。 (第2号被保険者は要介護・要支援認定を行う)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 杖や歩行器を使っても一人で移動ができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 着替え・食事・入浴が一人でできない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 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"/>
	11 認知症の悪化により日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 寝たきりである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

確認者	所属	氏名
-----	----	----