基本チェックリスト実施対象者確認票

更新用

※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 | □ 要支援１　　 □ 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│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 | □ | □ |
| 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 | □ | □ |
| 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)通所ﾘﾊﾋﾞﾘ　(4)訪問入浴(5)訪問看護　(6)住宅改修　(7)その他（　　　　　　　　　　） | □ | □ |
| 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。 | □ | □ |
| ５ | 施設等への入所を希望している。（例：ＧＨ、特養、老健） | □ | □ |
| 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。 | □ | □ |
| 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） | □ | □ |
| ８ | 杖や歩行器を使っても一人で移動ができない。 | □ | □ |
| ９ | 着替え・食事・入浴が一人でできない。 | □ | □ |
| 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） | □ | □ |
| 11 | 認知症の悪化により日常生活に支障がある。 | □ | □ |
| 12 | 寝たきりである。 | □ | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認者 | 所　属 |  | 氏　名 |  |