

廿日市市短期集中型訪問サービス 対象者確認票

年 月 日 所属・担当者名 ()


対象者情報	氏名		年齢		住所	
	介護度	事業対象者・要支援1・要支援2				
	疾患名					

【利用を希望するサービスの内容】

リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士）
 リハビリ専門職（言語聴覚士）
 管理栄養士

【確認内容】

	確認事項	チェック
1	要支援認定・事業対象者認定を受けている。 ※暫定不可	<input type="checkbox"/>
2	対象者は 3ヶ月で卒業 なることを理解しており、本サービスを受ける 意欲がある 。	<input type="checkbox"/>
3	対象者は 具体的な生活の目標 を持っている。 (住み慣れた地域で自立した生活を目指している。)	<input type="checkbox"/>
4	対象者や家族は本サービスが 自立や社会参加を目指す 事業であることを理解している。	<input type="checkbox"/>
5	対象者は本サービスを利用することで自立や社会参加できる見込みがある。 (本サービスを利用することで 介護保険サービスを卒業する、 または地域の中にある資源を活用する、等の見込みがある。) ※介護保険サービスの訪問リハと併用は不可。	<input type="checkbox"/>
6	対象者は支援内容を 生活に定着させる、または活かす ことができる。 (その見込みがある。) ※対象者に認知症や進行性疾患等がある場合はご相談ください。	<input type="checkbox"/>
7	対象者や家族は本サービスが 治療ではない ことを理解している。	<input type="checkbox"/>
8	同居家族がいる場合は、対象者の目標を理解し対象者を 支援することができる 。	<input type="checkbox"/>

- ・全ての項目に☑が入っていること確認してください。
 - ・☑が無い場合は、本サービスは対象外の可能性がありますので、ご相談ください。
- 

【廿日市市短期集中型訪問サービス開始時に必要な書類】

- 対象者確認票
- 基本チェックリスト
- 基本情報
- 廿日市市アセスメントシート
- ケアプラン

廿日市市役所高齢介護課
地域包括ケア推進グループ

TEL：0829-30-9167
FAX：0829-30-9131