

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日（R 年 月 日） 所属（ ） 受付者名（ ）

本人	被保険者番号		男・女	生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
	ふりがな氏名				
	*連絡先	住所 廿日市市 電話			
	現在の介護度	新規・事業対象者・要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５）			
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
本人以外の 相談のみ 記載	*ふりがな相談者氏名	(本人との関係)			
	*連絡先	住所 電話			

認定申請の場合は*の記載を省略できます。

【確認内容】
◎なぜ相談に来られたのか？困りごとは？生活にどんな支障があるのか？どんな生活を送りたいのか？

--	--	--	--	--

番号	確認事項		該当するものに○	
1	日常生活動作 (ADL)	食事：一人で食事をすることができますか（調理・準備は含まない）	はい	いいえ
		整容：身だしなみを整えることができますか（口腔ケア・整髪・洗顔・髭剃り・化粧）	はい	いいえ
		排泄：一人でトイレに行くことができますか	はい	いいえ
		更衣：一人で服の脱ぎ着ができますか	はい	いいえ
		入浴：一人でお風呂に入れますか	はい	いいえ
		移動：人の手を借りることなく移動することができますか（移動手段は問わない）	はい	いいえ
2	状態	大きな病気やけがで入院中又は療養中である。(病名)	いいえ	はい
3		寝たきり又は認知症がある。	いいえ	はい
4		入居（グループホーム）・入所（特養・老健）したい。	いいえ	はい
5	他	その他、特段の理由がある。(理由)	いいえ	はい

※全ての項目に○の場合

※1つでも
○がある
場合

☐ 基本チェックリスト

☐ 要介護認定の必要性を検討