

# 基本チェックリスト及びアセスメント実施依頼書

太枠の中をご記入ください。

受付場所		受付者	
担当地域型センター			
e-suite 読込日			

受付日		年 月 日		
対象者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 高崎市 町		
	現在の状況	要介護認定	要支援: 1・2	要介護: 1・2・3・4・5
		居宅介護支援事業所名	電話番号	
		生活場所	自宅・その他	
ご本人の状態		入院中	退院予定日: 年 月 日	
リハビリ(予定):	有・無			
相談者	フリガナ	本人との関係		
	氏名	電話番号		
	住所			
困っていること 相談に来た理由				

サービスを利用するのにあたり、基本チェックリスト及びアセスメントの実施を依頼します。また、介護予防ケアマネジメントを作成する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者が、基本チェックリスト及びアセスメント結果を利用し、主治医から医学的情報を聴取することに対し同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

## 《実施に伴う確認事項》

1.調査の立会人: 1)上記に記入いただいた「相談者」  
2)その他の方 (氏名) \_\_\_\_\_ (本人との関係) \_\_\_\_\_

2.昼間連絡のつく電話番号: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3.調査場所: 1)上記に記入いただいた「対象者」の住所  
2)上記に記入いただいた入院中の医療機関または入所中の施設等  
3)1)・2)以外の場所 →3)を選択した方は以下もお答えください。  
(名称または氏名) \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 《職員記入》

1. 介護予防・生活支援サービス事業 2. 在宅福祉サービス: ①おむつ給付 ②理美容 ③布団乾燥 ④布団丸洗い

..... 確認フロー .....

①年齢	<input type="checkbox"/> A.65 歳以上（1 号で申請）	<input type="checkbox"/> B.40~64 歳（2 号で申請）
-----	---	--

《 要介護認定申請 》

②希望サービス		
<input type="checkbox"/> A.訪問型サービス、通所型サービス 配食サービスのみ	<input type="checkbox"/> B.左記と他の介護サービス	<input type="checkbox"/> C.左記以外の介護サービス

《 要介護認定申請 》

③歩行	
<input type="checkbox"/> A.可能（自立～杖使用、介助なし）	<input type="checkbox"/> B.不可能（車椅子使用等）

《 要介護認定申請 》

④もの忘れ		
<input type="checkbox"/> A.なし	<input type="checkbox"/> B.あるが日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> C.日常生活に支障あり

⑤心理・行動症状（BPSD）	
<input type="checkbox"/> B.なし	<input type="checkbox"/> C.あり

《 要介護認定申請 》

介護予防・日常生活支援総合事業対象

⑥支障の有無

		グループ A		グループ B・C	
ADL	洗身	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	爪きり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
IADL	薬の内服	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	金銭管理	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	簡単な調理	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	買物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
	掃除	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

全て「なし」

1つでも「あり」

全て「なし」

1つでも「あり」

利用サービスの目安

該当するものに○

一般介護予防事業相当

介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業または要介護認定