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

基本チェックリスト及びアセスメント実施依頼書

《様式５》

高崎市

太枠の中をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付日** | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| **対　象　者** | **被保険者番号** | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | **生年月日**  **年齢** | | 年　　 月 　　日生  （　　　　　歳） | |
| **フリガナ** | |  | | | | | | | | | | | | | **性別** | | 男 　・ 　女 | |
| **氏名** | |  | | | | | | | | | | | | | **電話番号** | |  | |
| **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 | | | | | | | | | | | | 有効期間：　　　年　　月　　日まで |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 生活場所 | | | | 自　　宅　　・　その他 | | | | | | | | | | | | |
| 入院中　　　　　　　　　　　　　　　　　　退院予定日：　　年　　月　　日　　　リハビリ（予定）：　有 ・　無 | | | | | | | | | | | | |
| ご本人の状態 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **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 | □A.65歳以上（1号で申請） | □B.40～64歳（2号で申請） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　≪ 要 介 護 認 定 申 請 ≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ②希望サービス | | |
| □A.訪問型ｻｰﾋﾞｽ、通所型ｻｰﾋﾞｽ  配食ｻｰﾋﾞｽのみ | □B.左記と他の介護ｻｰﾋﾞｽ | □C.左記以外の介護ｻｰﾋﾞｽ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　≪ 要 介 護 認 定 申 請 ≫

|  |  |
| --- | --- |
| ③歩行 | |
| □A.可能（自立～杖使用、介助なし） | □B.不可能（車椅子使用等） |

≪ 要 介 護 認 定 申 請 ≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ④もの忘れ | | |
| □A.なし | □B.あるが日常生活に支障なし | □C.日常生活に支障あり |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑤心理・行動症状（BPSD） | |
| □B.なし | □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 | □なし | □あり | □なし | □あり |
| 爪きり | □なし | □あり | □なし | □あり |
| IADL | 薬の内服 | □なし | □あり | □なし | □あり |
| 金銭管理 | □なし | □あり | □なし | □あり |
| 簡単な調理 | □なし | □あり | □なし | □あり |
| 買物 | □なし | □あり | □なし | □あり |
| 掃除 | □なし | □あり | □なし | □あり |

１つでも「あり」

全て「なし」

１つでも「あり」

全て「なし」

**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