

④この確認票は、地域包括支援センター職員、高齢福祉室職員が記入してください。

総合事業（サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦） 対象者確認票

受付日	年 月 日	( ) 地域包括支援センター	受付者名	
被保険者番号	0 0 0			
氏 名				
生 年 月 日	年 月 日	( ) 才		
介 護 度	新規	要支援1	要支援2	要介護
有効期間終了日	年 月 日	終了	*認定のある人のみ記入	

【確認内容】サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦についての説明（済・未）

項 目	確 認 事 項	チエック
利 用 希 望 の サ ー ビ ス 内 容	1 介護予防サービス希望 1.訪問看護 2.ショートステイ 3.デイケア 4.福祉用具レンタル・購入 5.訪問入浴 6.住宅改修 7.地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>
	2 入居（GH・サ高住）・入所（特養・老健）	<input type="checkbox"/>
	3 認定を受けたい	<input type="checkbox"/>
	4 「訪問介護」利用希望	<input type="checkbox"/>
	5 「通所介護」利用希望	<input type="checkbox"/>
	6 自宅で一人で入浴できず「通所介護」で入浴希望	<input type="checkbox"/>
	7 介護予防に取り組みたい	<input type="checkbox"/>
本 人 の 状 態	8 歩行等に介助が必要なため一人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	9 認知症状（物忘れ等）がみられ、薬の管理（時間どおりに飲む等）、電話の利用（電話をかける・要件を伝える）等に介助あり	<input type="checkbox"/>
	10 大きな病気やけがで入院中または療養中	<input type="checkbox"/>
	11 寝たきりまたは認知症	<input type="checkbox"/>
	12 一人でタクシーや公共機関を利用し外出できる	<input type="checkbox"/>
	13 身の回りのこと（排泄・着替え等）や薬の管理・金銭管理が自分でできる	<input type="checkbox"/>
	14 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる	<input type="checkbox"/>

「1～3」のいずれか、かつ「8～11」のいずれかに該当	⇒基本チェックリスト実施対象外 要介護等認定の申請手続きを	<input type="checkbox"/>
「4～7」・「12～14」のいずれかに該当	⇒基本チェックリスト実施対象者	<input type="checkbox"/>