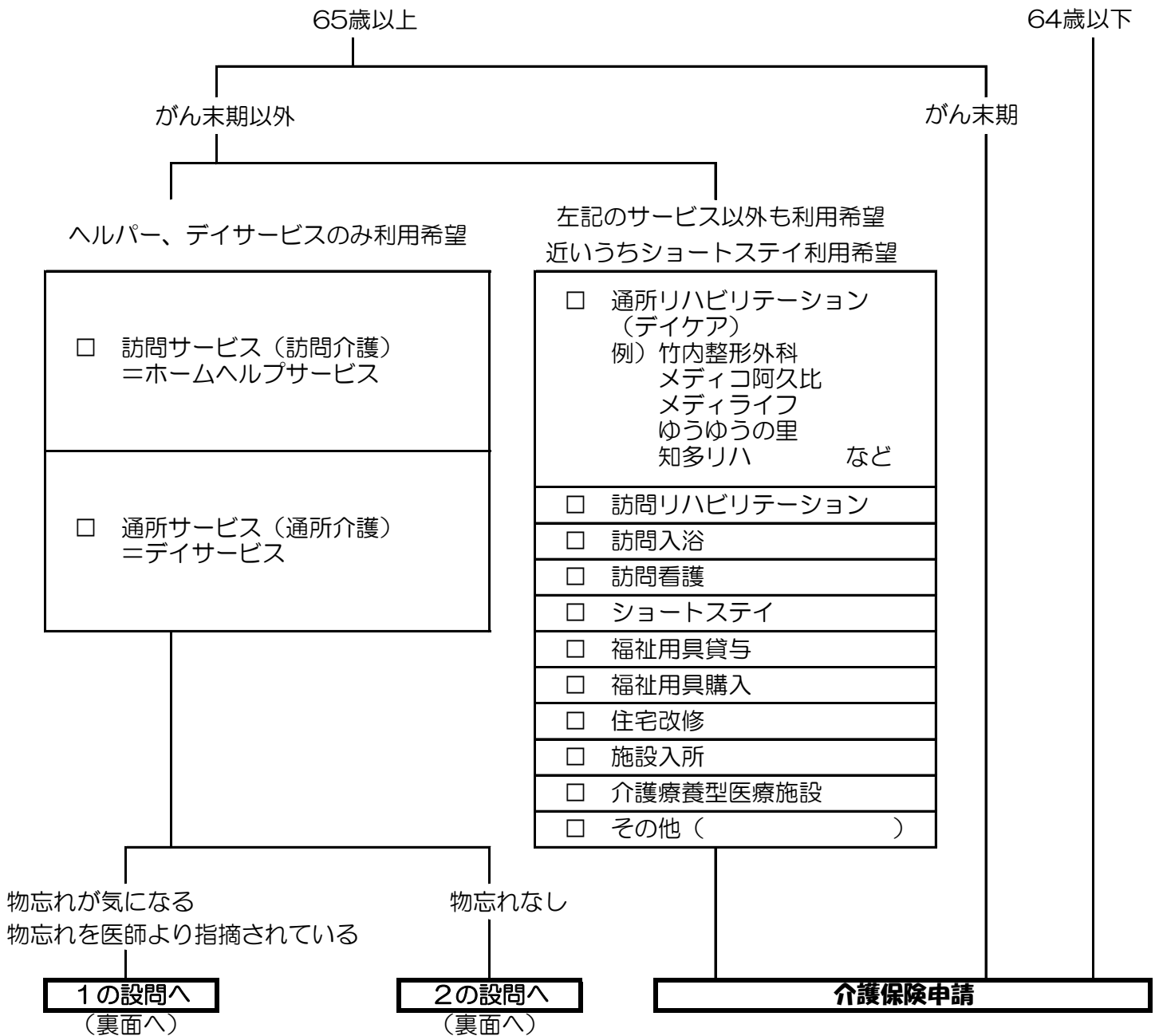


# 介護保険・総合事業申請相談票

新規・継続

被保険者番号		受付年月日		受付者	
ふりがな		生年月日		性別	男・女
氏名					
住所	阿久比町				
相談者	(続柄)		連絡先		



(表面よりおこなってください)

設問1 物忘れに関するチェック (現在の様子で当てはまるところに○をつけてください)

	5分前のことも忘れてしまうことが日常的にある。
	被害的な訴えが週1回以上ある。
	ありもしないようなことを、あたかも今あったかのように話すことが週1回以上ある。
	場面に合わず突然大きな声で叫ぶことが週1回以上ある。
	介助しようとする、介助者の手を払ったり叩いたりすることが週1回以上ある。
	落ち着きなく動き回り、1人で家を出ようとして目が離せないことが週1回以上ある。
	独り言をぶつぶつ話していることが週1回以上ある。
	火の不始末や同じものばかり買ってきて家族が整理することが週1回以上ある。

① 上記項目で○が1つ以内 → **2の設問へ**                      ② ○が2つ以上 → **介護保険申請**

設問2 ADLに関するチェック (現在の様子で当てはまるところに○をつけてください)

	介助者が自宅内の移動でも常に傍で見守るか、体を支えないと移動できない。
	食事時に皿を置き換える、食べさせる等の介助をしている。
	排泄の時にズボンの上げ下げの手伝いや、床や便座を汚して頻繁に掃除が必要。
	着替えの時に衣服を構える、最後に整えるなどの介助が必要。

① 上記項目で○が1つ以内 → **基本チェックリスト**                      ② ○が2つ → **介護保険申請**