

総合事業様式集



目次

1 受付使用時【P1～P3】

- 認定申請受付票(新規相談用)
- 基本チェックリスト

2 介護予防ケアマネジメント(共通アセスメント)【P4～P7】

- 興味・関心チェックシート
- 利用者基本情報
- 生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート(聴き取り用)

3 介護予防ケアマネジメントA【P8～P10】

- 介護予防サービス・支援計画書

4 介護予防ケアマネジメントB【P11～P13】

- 介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメントB)
- 基準緩和型サービス希望対象者 確認項目

5 パワーリハビリテーション・訪問機能訓練【P14～P19】

- パワーリハビリテーション・訪問機能訓練 意見書
- パワーリハビリテーション・訪問機能訓練 リハ職アセスメント用紙
- パワーリハビリテーション参加申込書・同意書
- パワーリハビリテーション 個別支援計画・評価表
- 訪問機能訓練参加申込書・同意書
- 訪問機能訓練 個別支援計画・評価表

6 基準緩和型サービス(委託型用)【P20】

- 基準緩和型訪問サービス 参加申込書・同意書

7 一般介護予防事業【P21～P22】

- 転倒骨折予防教室「ころばん塾」参加申込書・同意書
- 地域リハビリテーション利用連絡票

8 事業対象者終了届(介護給付サービス利用者用)【P23】

- 事業対象者終了届書(介護給付サービス利用者用)

認定申請受付票(新規相談用)

氏名		住所		性別	男・女
生年月日		年齢	歳	電話番号	

1. 受付情報

						受付	
受付場所	福祉事務所・能生事務所・青海事務所 その他()		受付日時	年 月 日()			
来庁者氏名			電話				
来庁者住所							
対象者との関係	・本人 ・子ども() ・その他親族() ・民生委員		・配偶者 ・子の配偶者() ・その他()		対象者の家族構成		
困っていることなど							

2. 利用したいサービス

- ①通所型サービス 現行相当サービス 基準緩和型サービス
 短期集中通所リハビリテーション
- ②訪問型サービス 現行相当サービス 基準緩和型サービス
 訪問機能訓練
- ③福祉有償運送
- ④市の福祉事業(配食サービス、おむつ券、通院等支援サービス、その他())
- ⑤デイケア
- ⑥ショートステイ
- ⑦福祉用具()
- ⑧住宅改修
- ⑨施設入所
- ① ② のサービスのみ希望→総合事業:基本チェックリスト回答へ
- ⑤~のサービスを含む希望→認定申請:認定申請書記入へ

※④福祉有償運送(送迎)のみ希望:基本チェックリスト回答へ

※⑤市の福祉事業のみ:別用件あり。該当するか確認(該当する場合、申し込みは福祉事務所へ)

3. サービス利用

- ・認定が出てからでよい。 ・すぐに使いたい。 ・その他()

基本チェックリスト(総合事業サービス利用希望者用 新規・更新)

チェックリスト実施日		. .			
チェックリスト実施者:所属			氏名		
フリガナ		住	〒	性	男・女
氏名		所		別	
生年月日		年	歳	電話番号	
被保険者証 の送付先	住所	〒	TEL		
	氏名	続柄			
希望するケアマネージャー(※ 希望がある場合のみ記入)					
前回の認定情報(※直近で認 定をお持ちの方のみ)		要支援()		要介護()	
		有効期間		※()に介護度を記載	
		年 月 日 ~		年 月 日	

※以下の質問項目について、該当する項目に○を付けてください。

1) 医師から次の病気にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？	
①脳卒中(脳梗塞・脳出血等)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名 _____
②高血圧	ある ・ なし ・ 治療中 病院名 _____
③心臓病(心筋梗塞・心不全等)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名 _____
④不整脈(心室性頻拍、発作性上室性頻拍等)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名 _____
⑤糖尿病	ある ・ なし ・ 治療中 病院名 _____
⑥その他(病名:)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名 _____
(病名:)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名 _____
2) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。	1 交通機関を利用して外出する
	2 隣近所なら外出する
A 屋内の生活はおおむね自立しているが、介助なしに外出しない。	1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
	2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B 屋内での生活は何らかの介助を有し、日常もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	1 車いすに移乗し、食事排泄はベッド上から離れて行う
	2 介助により車いすに移乗する
C 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいても介助を要する。	1 自力で寝返りをうつ
	2 自力では寝返りもうたない

(裏面へ)

本人記載用

記入日： 年 月 日 ()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目			回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人の外出していますか			0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる			1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

興味・関心チェックシート

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別: () 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会(2014.3)

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日	来所・電話 その他 ()	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 ()歳		
住所	Tel	()		
	Fax	()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日: 平成 年 月 日			
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無 ()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護()			
来所者 (相談者)			家族構成 <small>年齢順→</small> <small>世代順↓</small> <small>◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」副介護者に「副」(同居家族は○で囲む)</small> (家族関係の状況)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活 状況(どんな 暮らしを送っ ているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内 容
			Tel		
			Tel		
			Tel		
			Tel		

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

年 月 日 氏名

生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート(聴き取り用)

様

記入日 年 月 日

領域	生活行為	生活行為の現状等	現状から考えられる原因・背景 及び可能性・危険性	本人・家族の今後の意向
A 運動・移動	自宅や屋外をスムーズに歩行すること(杖の有無、車イス)について	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	交通機関を使って移動することの状況について	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
B 日常生活(家庭生活)	日常に必要な品物を自分で選んで買うことについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	献立を考え、調理することについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	家事(家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物への水やり等)について	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	預貯金の出し入れを行うことについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
C 社会参加、対人関係等	家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係を作り、保つことについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	友人を招いたり、友人の家を訪問することについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	家族・友人などと会話や手紙などにより交流することについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	仕事や地域での役割を持ち、行うことについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	趣味や楽しみがあり、続けることについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
D 健康管理	定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	肌や顔、歯、爪などの手入れについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	健康のために食事に気を付けることについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	健康のために運動や休養に気を付けることについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
	薬を飲み忘れず、管理することについて	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた <input type="checkbox"/> 以前はしていない		
一年後、あなたはどんな生活を送りたいと思いますか。				
そのために、日々どのようなことをしますか。 (どのような取り組みが必要ですか)				

No. _____
(介護保険被保険者番号)

介護予防サービス・支援計画表(1)
(元気な生活応援計画書)

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

利用者名: _____ 様 認定年月日: _____ 認定の有効期間: _____ ~ _____

計画作成者氏名: _____ [委託の場合]計画作成事業者・所名(連絡先): _____ 電話: _____

計画作成(変更)日 _____ 年 月 日 (初回作成日 _____ 年 月 日) 担当地域包括支援センター: _____ 電話: _____

目標とする生活

1日		1年	
----	--	----	--

総合的な援助の方針(生活の自立支援、生活機能の改善、悪化を予防するポイント)

健康状態について(観察結果や得られた医療情報等を踏まえた改善・維持・悪化予防のポイント)

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

※基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)を記入します。
必要と思われる事業プログラムに○印をつけています。

運動機能改善	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/	/	/	/	/	/

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域包括支援センター	名		確認印
	意見		

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 年 月 日 氏名 _____ (印)

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2-1)

利用者名: _____ 様

(元気な生活応援計画書)

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について					
日常生活(家庭生活)について					
社会参加、対人関係、コミュニケーション					
健康管理について					

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2-2)

利用者名: _____ 様

(元気な生活応援計画書)

目標	支 援 計 画					
	目標についての 支援ポイント	本人等のセルフケアや 家族の支援 インフォーマルサービス	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
	()					
	()					

介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメントB)

介護保険被保険者番号 _____	初回・継続	申請済・申請中	要支援1・要支援2 事業対象者
------------------	-------	---------	--------------------

チェックリスト実施日 _____
 氏名 _____ 様 認定年月日 _____ 有効期間 _____

計画作成者 _____ 委託の場合の計画作成事業者 _____

計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当地域包括支援センター _____

本人(家族)の意向及び望む生活

目標とする生活			
1日		1年	

	現状	計画作成者の意見	課題
家事動作			
生活の様子			
治療中の病気			
その他			

具体的なサービスの目標	具体的内容				
	サービス内容	サービス種別	事業所	頻度	期間

担当地域包括支援センター		
意見		確認印

上記計画について、同意いたします。

_____年 月 日 氏名 _____ (印)

基準緩和型サービス希望対象者 確認項目

確認項目実施日： 年 月 日

対象者氏名： _____

実施者（事業所名）： _____

	項 目	確認欄
1	有資格者からの支援でないことを理解できる。	
2	コミュニケーション能力が保たれている。	
3	転倒のリスクが低い。	
4	精神、身体状況が安定している。	
5	ケアプランに位置づけられた自分の役割を理解し、実行できる。	

主治医様

糸魚川市福祉事務所

パワーリハビリテーション・訪問機能訓練 意見書

日頃より、福祉事業には格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、下記の方が市のパワーリハビリテーション事業・訪問機能訓練事業への参加を希望されました。

市のパワーリハビリテーション事業・訪問機能訓練事業は、65才以上の総合事業対象者または介護保険による要支援認定者で運動機能向上や生活機能向上が必要な方を対象に実施しています。

事業への参加につきまして、必要な方は主治医の総合的なご判断をいただいております。

下記内容をご確認いただき、参加の可否についてご意見をお願いいたします。

記

1 パワーリハビリテーション

- 市内2か所のデイサービスセンターを会場に、週2回3か月を基本とし、運動機器等を利用した運動を実施（1回90分程度）

(1) クレイドルやけやま：最低負荷量2.5kg (2) おおさわ：最低負荷量3.5kg

2 訪問機能訓練

- 利用者の自宅へリハビリ専門職（PT・OT・ST・健康運動指導士・看護師等）が訪問し、運動機能向上や生活機能向上のための指導を行う。（1回概ね60分）

<意見記載欄>

対象者氏名： _____ 住所： _____

疾患名：心臓病（心筋梗塞・心不全・その他）不整脈（心室性頻拍・発作性上質性頻拍・その他）

その他疾病（ _____ ）

運動実施	利用予定サービス	医師の判断
	・パワーリハビリテーション	可 ・ 否
・訪問機能訓練	可 ・ 否	
指示事項 留意点等	※運動強度等指示があればご記入ください	
年 月 日		
医療機関の 名称及び所在地		
医師 氏名		印

【問合せ先】糸魚川市福祉事務所地域包括ケア係
☎025-552-1511

パワーリハビリテーション・訪問機能訓練 リハ職アセスメント用紙

対象者氏名		リハ担当者	
住 所		生年月日	年 月 日
訪問日時	年 月 日() 時間:		
事業参加についての提案	パワーリハビリテーション 訪問機能訓練 その他のサービス()		
アセスメント			
問題点・生活での注意点			
今後の方針への提案			

パワーリハビリテーション 参加申込書・同意書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市が実施するパワーリハビリテーションに申込みます。
また、参加にあたり下記事項に同意します。

申込者(氏名) _____

生年月日 大・昭 年 月 日生

住所 糸魚川市 _____

電話 _____

送迎の有無 有 ・ 無 _____

記

同意事項

- ①一月のうち4回以上の参加がない(見込まれない)場合には、事業参加を中止します。
- ②事業の実施にあたり、教室スタッフ、主治医等関係者に申込書にある情報および教室での評価内容について提示することに同意します。
- ③自分で会場に行く場合には、道中の事故には一切の責任を問いません。

かかりつけの医療機関

医療機関名 _____ 電話 _____

主治医氏名 _____

治療中の疾病 _____

緊急時の連絡先

① 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

② 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

パワーリハビリテーション 個別支援計画・評価表(第 クール)

職種・作成者: _____

利用者氏名		年齢	歳(年 月 日生)
-------	--	----	---------------------

目標と状況	
初回作成日 月 日	
本人の希望	運動プログラムの目標
開始時の本人の状況	

最終評価
評価日 月 日

訪問機能訓練参加申込書・同意書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市が実施する訪問機能訓練に申込みます。
また、参加にあたり下記事項に同意します。

申込者(氏名) _____

生年月日 大・昭 年 月 日生

住所 糸魚川市 _____

電話 _____

記

同意事項

事業の実施にあたり、実施スタッフ、主治医等関係者に申込書にある情報および事業実施における評価内容について提示することに同意します。

かかりつけの医療機関

医療機関名 _____ 電話 _____

主治医氏名 _____

治療中の疾病 _____

緊急時の連絡先

① 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

② 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

訪問機能訓練 個別支援計画・評価表

職種・作成者： _____

利用者氏名		年齢	歳(年 月 日生)
-------	--	----	------------------

目標と状況	
本人の希望	運動プログラムの目標
開始時の本人の状況	

総合評価			
	評価日	月	日

基準緩和型訪問サービス 参加申込書・同意書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市が実施する基準緩和型訪問サービスに申込みます。
また、利用にあたり下記事項に同意します。

申込者(氏名) _____

生年月日 大・昭 年 月 日生

住所 糸魚川市 _____

電話 _____

記

同意事項

- ① サービス利用にあたり、支援スタッフ、主治医等関係者に申込書にある情報および評価内容について提示することに同意します。
- ② 支援日当日、連絡なく自己都合によるキャンセルの場合は、1回 1,470円をご負担していただきます。

かかりつけの医療機関

医療機関名 _____ 電話 _____

主治医氏名 _____

治療中の疾病 _____

緊急時の連絡先

③ 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

④ 氏名 _____ (参加者との関係 _____)

電話 _____

年度 転倒骨折予防教室「ころばん塾」参加申込書・同意書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市が実施する転倒骨折予防教室「ころばん塾」に参加申込みます。
また、参加にあたり、下記事項に同意します。

氏名		男	生年月日	大・昭 年 月 日
		女	会場への 送迎希望	有 ・ 無
住所	〒		電話	
要介護状 態区分等	総合事業対象者・要支援・要介護()		担当包括・ 事業所	

記

同意事項

事業(教室)の実施にあたり、教室スタッフ、主治医等関係者に、申込書にある情報、教室での評価内容等について提示することに同意します。

自分で会場に行く場合には、道中の事故については一切の責任を問いません。

医師から次の病気にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？	
② 高血圧	ある・なし・治療中 病院名 _____
③ 脳卒中(脳梗塞・脳出血等)	ある・なし・治療中 病院名 _____
④ 心臓病(心筋梗塞・狭心症等)	ある・なし・治療中 病院名 _____
⑤ 糖尿病	ある・なし・治療中 病院名 _____
⑥ 骨折歴	ある・なし 時期 _____ 部位 _____
⑦ その他(病名:)	ある・なし・治療中 病院名 _____
(病名:)	ある・なし・治療中 病院名 _____
(病名:)	ある・なし・治療中 病院名 _____

生活について該当するものに○をつけてください	
過去1年で転倒しましたか	ある・なし
自宅内でつまづくことはありますか	ある・時々ある・なし

緊急時の連絡先 (なるべく、市内在住の方をご記入ください)	
① 氏名 _____	(参加者との関係 _____)
電話 _____	
② 氏名 _____	(参加者との関係 _____)
電話 _____	

地域リハビリテーション利用連絡票

年 月 日

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住所			
希望するリハビリ職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糸魚川総合病院 () ・ 在宅理学療法士 		
担当ケアマネージャー			
利用目的	<ol style="list-style-type: none"> 1 短期集中予防サービス利用希望者のアセスメント 2 単発訪問指導 3 地域ケア会議 4 通いの場支援 		

事業対象者終了届(介護給付サービス利用者用)

※通常、事業対象者が介護申請をした場合、認定の有効期間開始日は申請日に遡るため事業対象者の有効期間終了日は申請日の前日となりますが、本人に不利益が生じないように介護保険サービスの利用開始の前日までは、総合事業のサービスを利用することができます。事業対象者の終了日を通常の運用としない場合は、こちらの終了届を提出してください。

年 月 日

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号			
フリガナ					
		生 年 月 日			性 別
		明・大・昭	年	月	日
					男 ・ 女
介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター					
地域包括支援センター名	※必ず記載	地域包括支援センターの所在地		〒	
				電話番号 ()	
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。					
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地		〒	
				電話番号 ()	
※終了日(介護給付サービス利用日の前日)をご記入ください。					
終了年月日					
		年	月	日付	