

要介護（支援）認定申請セルフチェックシート

令和 年 月 日記入

申請者（被保険者）		氏名 秋田 太郎 （ 85歳） T・S 年 月 日生			
【現在の生活状況】（本人の能力を記載する）※該当箇所に✓をつける					
ADL・IADL項目		自分で できる	一部介助 あればできる	全て介助 が必要	特記事項
1	何かにつかまりながらも、歩くことができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手すりや杖など支えが必要。
2	一人で移動ができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手すり等利用しながら独歩で可。 段差の移動が不安定。
3	一人でトイレで排便ができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	一人でトイレで排尿ができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	箸やスプーンで食べることができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	衣服の着脱（ズボン）ができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出来るが、腰の痛みにより前屈動作が困難
7	衣服の着脱（上着）ができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	髪を整えたり、洗ったりすることができる	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肩以上の挙上が難しく、洗髪が不十分。
9	顔を洗うことができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	歯を磨いたり、入れ歯の手入れができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	身体を洗うことができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	爪をきることができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前屈が難しいが、何とか行っている。
13	飲み薬などの管理ができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	預貯金やお金の管理ができる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	ご飯を炊いたり味噌汁が作れる	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体調により変動あり。出来ないときは家族が購入。
16	スーパー等で食材等を選びレジでお金を払える	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食材は宅配サービスで対応。自分で注文できる。
17	週1回以上外出できる	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	タクシー利用できるが、乗降動作に支援を要する。
1～10番までのポイント数			1		
11～17番までのポイント数			2		
※その他特記すべきこと（最近の生活の中で気になった出来事など具体的に記入してください） 平成21年に妻を亡くしてから気分の落ち込みあり。一時期閉じこもり状態となっていた。現在も気分の変動がみられる。					
かかりつけ医	〇〇整形外科				
※入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日（退院済み・退院予定・未定）				
※どのような介護保険サービスを受けようと思っていますか					

【評価】

1	1～10番に「一部介助」または「全て介助」に2つ以上のチェックがある方	要介護（支援）認定申請をおすすめします
2	11～17番に「一部介助」または「全て介助」が2つ以上チェックのある方	お住いの地域包括支援センターで生活支援サービス等の相談をおすすめします
3	1～17番まで「自分でできる」のみにチェックの方。1～17番までに「一部介助」または「全て介助」に1つのチェックのある方	お住いの地域包括支援センターで一般介護予防事業の相談をおすすめします