

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 (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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	一人で移動ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	一人でトイレで排便ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	一人でトイレで排尿ができる	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	衣服の着脱（ズボン）ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	衣服の着脱（上着）ができる	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	顔を洗うことができる	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	身体を洗うことができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	爪をきることができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	飲み薬などの管理ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	預貯金やお金の管理ができる	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	スーパー等で食材等を選びレジでお金を払える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	週1回以上外出できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1～10番までのポイント数					
11～17番までのポイント数					
※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）					
かかりつけ医					
※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