|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 質問 | はい | いいえ |
| 1 | **浴槽の出入り、浴室内移動時、洗身等の入浴介助が必要である** |  |  |
| 2 | **自宅の環境（屋外に風呂がある等）により、入浴出来ない** |  |  |
| 3 | **自分で着替えが出来ない、または排泄の際に下着やズボン等の上げ下ろしができない** |  |  |
| 4 | **室内外の移動に、杖や歩行器等の福祉用具を使用しても、歩行状態が安定せず、常に他者の見守りが必要、又は、独歩ができない** |  |  |
| 5 | **病状悪化につながる恐れ、緊急対応が必要な疾患があり、体調確認を必要としている** |  |  |
| 6 | **治療食、形態食など調理において特別な支援を必要とする** |  |  |
| 7 | **服薬について支援が必要である** |  |  |
| 8 | **お金の管理に不安がある、または出来ない** |  |  |
| 9 | **次の病気を半年以内に発症したか、もしくは、この3か月のうち、1週間以上にわたる入院をしていた。①脳血管疾患②心臓病③糖尿病④呼吸器疾患⑤腰椎等の圧迫骨折** |  |  |
| 10 | **うつ病など精神疾患があり受診している、または妄想的な言動がある** |  |  |
| 11 | **家族からの虐待が疑われる** |  |  |
| 1～11すべてが「いいえ」の場合は、緩和型サービスの利用を勧めることとします。ただし、緩和型の利用が難しい人は12にその他サービスを必要とする理由（状態像）を記載する。 | | | |
| 12 | **その他サービスを必要とする理由**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |  |  |

サービス対象者確認シート（通所・訪問型共通）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **居宅事業所名** |  | |
| **利用者氏名** |  | 介護認定区分等 |
| 事業対象者・要支援１・要支援２ |
| **利用事業所名** | 訪問型　（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 通所型　（　　　　　　　　　　　　　　　） | |

**確認日　　　　年　　月　　日**

**＊「はい」、「いいえ」の欄に、〇印を記入してください。**