第2号様式（第5条関係）

認知症高齢者家族安らぎ支援事業

認　知　機　能　確　認　書

年　　月　　日

フリガナ		住　所	（〒　　ー　　）
申請者 （介護をしている方の氏名）			杉並区
フリガナ		介護保険認定状況	要支援（　１　・　２　）
介護を必要とする方の氏名			要介護（　１・２・３　・４・５　）

以下は担当のケアマネジャーが記載してください。

上記「介護を必要とする方」について、該当する項目の□内に レ印をつけてください。

- □　たびたび道に迷う
- □　買い物や事務、金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ
- □　服薬管理ができない
- □　電話の応対や訪問者との対応など、ひとりで留守番ができない
- □　着替え・食事・排便・排尿が上手にできない、時間がかかる
- □　やたらに物を口に入れる、物を拾い集める
- □　徘徊（はいかい）することがある
- □　失禁することがある
- □　大声や奇声をあげることがある
- □　その他（　　）

上記「介護を必要とする方」は、認知機能の低下により、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがあり、自立した生活のためには支援が必要であることを確認します。

（記入者）　　年　　月　　日記入

事業所名

住　所

電話番号

氏　名（自署）

H28.4