

ほっと一息、介護者ヘルプ 認知機能確認書

年 月 日

フリガナ			(〒 -)
申請者 (介護をしている方の氏名)		住 所	杉並区
フリガナ			要支援(1 ・ 2)
介護を必要とする方の氏名		介護保険 認定状況	要介護1以上の場合は、この書類の提出は必要ありません

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

はいかい
徘徊することがある

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)
