

# 支援対象者チェックシート

【資料3】

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
対象者氏名			
生年月日	年 月 日( 歳)	住所	

## ◆支援対象者判断シート

1	年齢が40歳以上である	はい	いいえ
2	在宅で生活している	はい	いいえ
3	認知症が疑われる又は認知症である	はい	いいえ

1~3のすべてが『はい』

2,3のうち1つでも『いいえ』

支援対象外  
(地域包括支援センターで対応)

4	医療サービス、介護サービスを受けていないまたは中断している	はい	いいえ
---	-------------------------------	----	-----

4が『はい』

4が『いいえ』  
→9へ

5	認知症疾患の臨床診断を受けていない	はい	いいえ
6	継続的な医療サービスを受けていない	はい	いいえ
7	適切な介護サービスに結び付いていない	はい	いいえ
8	(認知症)と診断されたが介護サービスが中断している	はい	いいえ
9	認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している	はい	いいえ

5~9のいずれかが『はい』

5~9のすべてが『いいえ』  
もしくは、4かつ9が『いいえ』

## ◆支援介入チェック(包括が関与して行ったものにチェックを入れる)

	医療機関に相談
	受診に同行等、医療との連携を行う
	介護保険サービスに同行等、サービス利用調整を行う
	その他( )

支援対象外  
(地域包括支援センターで対応)

10	支援介入後、5~9で『はい』の項目がすべて改善	はい	いいえ
----	-------------------------	----	-----

10が『はい』

10が『いいえ』

## ★支援対象として依頼

(認知症初期集中支援依頼票と利用者基本情報提出)