

■認定を受けられる方のお名前等

氏名	生年月日 大正 昭和	年 月 日	新規 更新 区変
----	---------------	-------	----------

■認定を受けられる方の現在の状況についてご記入ください。

1 同居している家族の人数（本人含む）

・ひとり暮らし · 2人 · 3人以上 主な介護者はどなたですか（ ）

2 日程調整の連絡先

連絡者名・被保険者との関係 []

連絡先の電話番号

担当ケアマネジャー ※連絡者と連絡が取れない場合は、担当ケアマネジャーと日程調整させていただきます。

[]

3 かかりつけの病院

※わかる範囲でご記入ください。

[]

4 サービスの利用状況

（例：デイサービス ●曜日 午前～夕方 等）

[]

5 ご本人の様子で気になることを自由にご記入ください。

（例：物を盗られた等被害的になることがある、火の不始末など生活に困るひどい物忘れがある）

[]

■現時点で、利用を考えているサービスをすべて ○で囲んでください。

- | | |
|----------------------|----------------------|
| ① ホームヘルパーなどの自宅でのサービス | ② デイサービスなどの施設へ通うサービス |
| ③ 介護用品のレンタルや購入 | ④ 特別養護老人ホームなどへの入所 |
| ⑤ 段差解消や手すりの設置などの住宅改修 | ⑥ 今のところは未定 |

※この調査票は、認定を受ける方の状況をあらかじめ把握するためのものです。認定調査や要介護認定に影響を与えるものではありませんので、窓口に来られた方がわかる範囲で記入ください。

記入者名・被保険者との関係