

■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 ・ 4人 ・ 5人以上
※同居者がいる場合、主に介護を行っている人
配偶者 ・ 子（その配偶者も含む） ・ 孫 ・ その他（ ） ・ いない

2 現在の居住場所
・ 自宅 ・ 病院に入院中 ・ その他（ ）
※入院中の場合 { 病院名（ ） 入院のきっかけ（ ）
退院の見込み あり（ / 頃 ） ・ 未定

3 日程調整の連絡先
氏名・被保険者との関係 { }
繋がりやすい時間帯・曜日（平日8：30～17：00迄）
{ }

4 かかりつけの病院・病名・既往歴など ※わかる範囲でご記入ください。
{ }

5 身体障害者手帳 (1・2・3・4・5・6) **療育手帳** (A・B) **精神障害者保健福祉手帳** (1・2・3) ※手帳をご用意ください。

6 サービスの利用状況（例：デイサービス等）※利用曜日もご記入ください。
{ }

7 担当ケアマネジャー
{ }

■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。

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

※裏面へ続く

※市使用欄

● 窓口止めを希望します。

受取人

ケアマネ

家族

○希望する場合は、後日連絡をお願いします！

■身体状況について、当てはまるものを○で囲んでください。

1 身体に麻痺はありますか？ ある（部位： 右手 ・ 右足 ・ 左手 ・ 左足 ） ない

2 事故やケガで手足を切断している部分がありますか？

ある（部位： 右手 ・ 右足 ・ 左手 ・ 左足 ） ない

3 自身での移動の方法について教えてください。

① 歩いて移動できる（杖等につかまる場合も含む） ② 車イスでの移動 ③ 自分では移動できない

4 排泄の状況について教えてください。 ※ おむつ等の使用（ ある / ない ）

① 自分でできる ② 家族等が手伝う部分がある ③ 家族等がすべて行う

5 食事摂取の状況について教えてください。

① 自分でできる ② 家族等が手伝う部分がある ③ 家族等がすべて食べさせている

6 着替えの方法について教えてください。

① 自分でできる ② 家族等が手伝う部分がある ③ 家族等がすべて着せている

7 入浴の状況について教えてください。

① 自分でできる ② 家族等が手伝う部分がある ③ 家族等がすべて行う ④ 入浴していない

■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）

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
