

〈状況調査票〉

- ・表面に記入した医療機関の最終診察日をお尋ねします。

最終診察日：令和 年 月 日

- ・現在（申請時）被保険者の方は、どちらにおられますか。

自宅 / 施設・医療機関等[名称等：] / その他

- ・身体の状態についてお尋ねします。

寝たきり / 介助で外出できる / 自由に外出できる

- ・トイレの状態についてお尋ねします。

一人でできる / 手伝えばできる / できない（オムツ使用）

- ・着替えの状態についてお尋ねします。

一人でできる / 手伝えばできる / できない

- ・認知についてお尋ねします。

ふつう / なんとなくおかしい / 生活にも影響が出ている

- ・他に生活で困っていることがあればご記入ください。（例：足腰が悪くなった等）

[]

- ・今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。該当する項目に

○をつけてください。

脳血管障害（脳梗塞、脳出血等） / 高血圧症 / 心臓病 / 糖尿病
認知症 / 骨折 / リウマチ / がん / その他（ ）

- ・訪問調査に立ち会っていただける方はどなたですか。（主に介護者）

フリガナ	続柄	平日の日中連絡のとれる電話番号	備考
氏名		- -	
フリガナ	続柄	平日の日中連絡のとれる電話番号	備考
氏名		- -	
※施設入所の場合：家族の立ち合い			有 ・ 無

- ・訪問調査の希望日があれば記入してください。（月～金曜日10時～14時の間で）

月 日 時頃 または 希望する曜日 [月・火・水・木・金]

- ・ケアマネージャーは、どなたですか。 []
- ・現在利用中のサービスはありますか。 []
- ・今後利用したいサービスはありますか。 []

※市確認欄[受付者：] [新規 ・ 更新]
 ・資格者証交付[有 / 無] ・被保険者証回収 [有 / 無]
 ・申請者による個人番号記載[有 / 無]
 [身元確認方法：個人番号カード / 運転免許証 / その他（ ）]
 ・窓口相談等

[]

・新規申請理由

身体的理由 精神的理由 入院中 主治医の勧め 家族等の勧め オムツ券
その他

・更新申請理由

居宅サービス利用中 施設入所中（特養・老健・GH・その他の施設） オムツ券のみ
入院中 サービス未利用 その他（ ）