



< 状況調査票 >

- ・ 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。  
 一人で行える / 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。  
 一人で行える / 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）

氏 名	続柄	連絡先電話番号 (平日の日中連絡のとれる電話番号)	備考
※施設入所の場合：家族の立ち会い		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 ( \_\_\_\_\_ )