

< 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）

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： 〕【 区分変更（再認定） 〕

- ・ 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

区分変更申請由

☐ 重度変更（身体） ☐ 重度変更（精神） ☐ 軽度変更（身体） ☐ 軽度変更（精神）
☐ 入院中 ☐ 主治医の勧め ☐ ケアマネの勧め ☐ 家族の勧め ☐ その他（ ）