|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者氏名** | |  | | | **被保険者番号** | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **１　申請理由（複数選択可）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **きっかけ** | □本人が決めた　□家族で相談して　□介護関係の事業者の紹介  □病院に勧められて（医師・看護師・相談員〔　　　　　　　　　〕）　□知人の紹介 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介護が必要な理由** | □脳血管疾患（麻痺：□あり　□なし）　□骨折・転倒　□関節疾患　□心疾患  □認知症　□高齢による衰弱　□呼吸器疾患　□がん（告知：□あり　□なし）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※上記はいつから：　　　　　年　　月　　日　前回の受診日：　　　　　年　　月　　日　次回の受診日：　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **困りごと** | □家事（調理、買い物、掃除等）　□移動能力低下（屋外・屋内）  □身体能力低下（入浴、排泄、食事）　□物忘れ等の認知機能低下  □その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **現在のお体の様子等** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **２　調査等について** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **生活状況** | □一人暮らし　□配偶者と二人暮らし　□家族と同居　□その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **調査場所** | □病院　　□現住所地　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **↓** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院名 | | | 病院 | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術予定 | | | □あり（時期：　　　　　　　）　□なし | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院予定 | | | □あり（時期：　　　　　　　）  □なし  □未定 | | | | 退院先  □現住所地　□転院  □その他 | | | | | | | | | | |
| **調査日程の**  **調整連絡先** | ふりがな | |  | | | 続柄 | 電話 | | ＊平日の日中に連絡が取れる連絡先 | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | |  | （　　　） | | | | | | | | | |
| 連絡のつきやすい時間帯： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **調査立会者** | □上記、調査日程の調整連絡先の方　　□その他家族（続柄：　　　　　　　）  □病院・施設職員　　□（　　　　）地域高齢者支援センター職員（担当者：　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □立会い者なし | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **事前に伝えておきたい事** | □別室又は電話での聞き取り調査希望あり（どなたに：　　　　　　　　　　　　　　）  □家族の同時申請あり  □調査で都合の悪い日時がある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **３　要介護認定結果**（申請から30日前後）**が出る前の介護サービス利用について** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □結果が出る前に、すぐにサービスが必要（緊急な状態）  □結果が出てからでよい　□必要時に利用する予定 | | | | | | | 高齢者支援センターへの相談  □あり　　□なし | | | | | | | | | | | |
| **４　今の段階で、希望するサービス（複数選択可）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □訪問介護（ヘルパー）　□訪問看護　□通所介護（デイサービス）　□リハビリ（訪問・通所）  □短期入所（ショートステイ）　□施設入所　□福祉用具　□住宅改修　□未定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **～　認定申請以外に、高齢介護課での相談がありましたらお声かけください　～** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

受付（　　　　　　　　）