|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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（　　　　　　　　）