

被保険者番号											生 年 月 日	本課・麻窓・北窓・包括
氏 名											大・昭 年 月 日	受付者:
												☐ 新規申請 ☐ チェックリスト
											年 齡 歳	☐ 区分変更 (☐ 支援・ ☐ 介護)

1. 生活状況について

歩行（歩けるか）
更衣（着替えができる）
お風呂（介助なしで洗っているか）
食事（介助なしで食べられるか）
認知やもの忘れの症状

おむつ等の使用

2. 使いたいサービスや使っているサービスがありますか

できる・つかまれば可	できない
できる・一部助けが必要	できない
できる・一部助けが必要	できない
できる・一部助けが必要	できない
なし	ある（ひどい物忘れ・妄想・ 幻覚・徘徊・抗うつ・暴言）
なし	ある
訪問介護（ホームヘルプ）	通所リハ・訪問リハ・訪問看護
通所介護（デイサービス）	施設入所・短期入所
	福祉用具・住宅改修 ほか
	乗り合いタクシー・移送サービス
	おむつ事業
①基本チェックリスト	②要介護認定申請

1 申請事由	☐ 病気やケガで心身の変化があり、介護が必要になった（病名等： ）
	☐ 加齢などにより介護が必要になってきた ☐ 介護にあたる家族の負担が大きくなった
	☐ 主治医・看護師から申請をすすめられた
	☐ その他（ ）
	※詳細等
	(次回外来受診日： 年 月 日)
2 家族構成	☐ 一人暮らし ☐ 夫婦のみ ☐ 本人を含む（ ）人暮らし
	日中は独居になりますか ☐ はい ☐ いいえ
3 調査実施場所	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 施設 ☐ その他()
	【入院中の場合】（ 病棟 階 号室） 入院日（ 年 月 日～）
	【入院になった病気・けが】（ ） 退院見込み ☐ なし ☐ あり（ 年 月 日）
4 立会の有無	☐ あり ☐ いいえ ※原則、ご家族の立会をお願いします。医療機関・施設調査の場合は、立会ができない可能性があります。
5 立会人連絡先	立会人（ ） 続柄（ ） 電話番号（ ）
6 調査日程調整	連絡の取りやすい時間 ☐ 特になし ☐ あり（ 時頃）
	希望の曜日・時間 ☐ 特になし ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 【 ☐ 午前 ☐ 午後 】
	※調査時間帯は9:00～15:00です。(土日祝日等の調査は行いません)
7 本人同意の有無	☐ はい ☐ いいえ（これから説明する）
調査時に気を付けてほしいことがあればご記入ください（ ）	