

認定調査が円滑に行えるよう、下記項目の記入にご協力をお願い致します。

家族構成		一人暮らし ・ 夫婦二人暮らし ・ 本人含む（ ）人暮らし ※ 日中独居になりますか はい ・ いいえ	
治療中の病気について		ない ある { 病名：認知症・心臓病・脳梗塞・脳出血・がん・糖尿病・高血圧・骨折 } その他 ※ 医師から本人への告知： あり ・ なし	
現在の様子	現在の状況	● 自宅 ・ 自宅以外（ ） ● 入院中 ・ 入所中 ● 病院・施設名（ ） ※ 入院中の方は下記も記入願います ● 入院の原因となった病気（ ） ● 病室（ ）病棟（ ）号室（ ） ● 入院日（ ）年（ ）月（ ）日～（ ） ● 退院の予定：未定 ・ 有（ ）月（ ）日（ ）	
	身体の様子	● 歩行： 自立・杖使用・つたい歩き・シルバーカー・車イス・寝たきり・その他 ● 排泄： 自力・リハビリパンツ・オムツ使用・その他（ ） ● 聴力： 普通・やや遠い・遠い・聞こえない ● 視力： 普通・見えにくい ● 車の運転はしていますか？ はい ・ いいえ	
	認知症状	ない ・ ある（具体的な症状： ）	
サービス利用について ★ 新規申請の方（希望されるサービスを○で囲んでください） 訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ デイサービス ・ 通所リハビリ ・ 施設入所 福祉用具 ・ 住宅改修 ・ その他（ ） ★ 更新申請の方（いずれかを○で囲んでください） サービスの利用について している 訪問介護…利用曜日（ ） デイサービス…利用曜日（ ） 訪問入浴…利用曜日（ ） 通所リハビリ…利用曜日（ ） 福祉用具…利用品目（ ） 施設入所 ・ 住宅改修 ・ その他（ ） していない			
認定調査についての 連絡先 ※窓口に来た人と 同じ場合 ☐ チェック		氏名 _____ 本人との関係 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ 連絡時注意事項（連絡がつきやすい時間帯など） _____	
調査立会		なし ・ あり <u>立会者名</u>	