

【記入例】

新規・更新用

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 (2) 人暮らし ※ 日中独居になりますか (はい) ・ (いいえ)
申請理由 (現在お困りのこと)	※日常生活において、誰かの手助けが必要なことをご記入ください。
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 (脊柱管狭窄症) ※ 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 (○○○□□□病院) ※ 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 (骨折) ● 病室 (2F東 病棟 101 号室) ● 入院日 (5 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: 何度も同じことを聞いてくる。)
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) (利用サービス名と利用頻度および曜日を記入) (訪問介護) 利用曜日 (水・木) () 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 (手すり、ベッド) 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 電話番号 訪問調査の日程のご連絡をしますので 日中連絡のとれる電話番号を記入してください 連絡時注意事項 (連絡がつきやすい時間帯など) 昼 12:00~13:00 頃 ・ 16:00以降
調査立会	(あり) ・ なし 立会者名 潮来 三郎