

【記入例】

区分変更用

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
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 脊髄管狭窄症 ※ 医師から本人への告知： あり ・ なし ※ 今までにかかった大きな病気等
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 (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 ・ あり (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 (携帯電話でも結構です) 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