

## 要 援 護 者 情 報

|              |       |
|--------------|-------|
| 申請者氏名(窓口来所者) | 続 柄   |
| 申請者住所(窓口来所者) | 日中連絡先 |

\* ↑ ↑ 本人、又は代行申請への記載がある場合は省略

## 1. 医療(主治医意見書を依頼する医師)状況 \* 申請日から10日以内の受診が必要となる場合があります

|       |   |                          |               |
|-------|---|--------------------------|---------------|
| 定 期 的 | ⇒ | ※必ず記入!!<br>今回の認定のための受診予定 | 年 月 日頃        |
| 不 定 期 |   |                          |               |
| 入 院 中 | ⇒ | □主治医へ相談した □病院の指示         | 退院予定日 月 日頃・未定 |

## 2. 介護保険利用状況 (利用中・利用予定)いずれかに○印をつけてください。

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| ・訪問介護 ・デイケア ・デイサービス ・訪問看護 ・訪問入浴 ・福祉用具 ・住宅改修 ・小規模多機能施設 |
| ・グループホーム・施設 ・有料施設 (利用開始 年 月 ~ )                       |
| ・ショートステイ (利用予定期間 年 月 日 ~ 月 日)                         |

## 3. 現在の心身の状況

|                                                                                        |       |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|
| <こまっていること><br><input type="checkbox"/> からだ<br><input type="checkbox"/> ところ             | ※今の状態 | ※関係のある病名と経過など |
| <該当を○印> 歩行など日常の動作 入浴 トイレ 服の脱ぎ着 外出 受診 食事 金銭 薬の管理 火の始末 ひどい物忘れ 不潔 医療・酸素・胃ろう・ストマ・栄養・排泄チューブ |       |               |
| ◇身障手帳 有・無                                                                              |       |               |

## 4. 家族(同居)状況及び介護者

|       |                 |       |           |
|-------|-----------------|-------|-----------|
| 同居の状態 | □ひとり □夫婦のみ □その他 | 介護者氏名 | 居住地       |
| 家族の状況 | 人暮らし            | 続柄    | 介護者の日中連絡先 |

## 5. 調査について

|                          |                                                 |                                   |                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| 調査実施場所                   | 自宅・病院など入院中・施設など入所中・その他(                         |                                   | <備考>サービス利用等による都合の良い月日、曜日など<br>月・火・水・木・金 |
| ※入院中の場合は、表へ病棟まで記入してください。 | 施設名称                                            | 〒 電話番号                            |                                         |
|                          | 所在地                                             |                                   |                                         |
| 調査日の連絡先                  | 調査時の同席 □する □しない<br>同席者の氏名<br>本人との関係:家族・ケアマネ・その他 | ※日中連絡可能なところ<br>自宅・連絡先(名称)<br>電話番号 |                                         |
| 調査内容の確認                  | □必要なし □必要あり                                     | 「必要あり」の場合、どなたから確認するか記入してください      | 氏名<br>連絡先                               |
| 調査時の注意事項                 | □介護保険と言わない □病名を言わない □本人がいないところで確認               |                                   |                                         |
| 備考                       |                                                 |                                   |                                         |

\* 本人及び家族などの主な介護者(本人等)以外の方が調査場所へ同席希望の場合は、本人等へ必ず同席の目的を説明し、同意を得て納得の上で同席をしてください。

なお、調査日については、本人等と同席希望者で連絡をとってください。

\* 申請から10日以降の受診、調査日時指定や本人の身体状況(感染症等)により結果が遅れることがあります。

\* 環境等が変化した場合は、直ぐには調査に入れません。

\* デイサービスなど(いつもの生活場所以外)での調査はできません。

\* 送付先変更希望の場合は、別途手続きが必要となります。