

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!! 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】 □からだ □こころ □認知症状 □怒りやすい等	※現在治療中の病名
※現在の状態やこまっていることについて、具体的に記入してください	
<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 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 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	
	所在地	〒 電話番号
調査日の連絡先	調査時の同席 □する □しない	※日中連絡可能なところ
	同席者の氏名	自宅・連絡先(名称)
	本人との関係: 家族・ケアマネ・その他	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 連絡先
調査時の注意事項	□介護保険と言わない □病名と言わない □本人がいないところで確認	
その他	調査員に伝えておいた方がよいと思われること、注意して欲しいことや要望等	

* 3.現在の心身の状況について、□認知症状 や □怒りやすい等 にチェックを付けた場合はご担当者の調査時同席をお願いします。* 5.調査について、調査時は日頃のご本人の生活状況を確認させていただきますので、日頃の状況をよく知っている方の立ち合いをお願いします。 * ご本人及びご家族などの主な介護者(ご本人等)以外の方が調査場所へ同席希望の場合は、ご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、ご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、調査日時の指定やご本人の身体状況(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。