

# 介護保険認定申請 状況質問票

相談日 / R 年 月 日
相談方法 / 【来所・tel・ 】
受付 / 【本庁・総C】 _____

○ ご本人様のことを伺います。あてはまるものにシ点をつけて下さい。

お名前	生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
ご住所	富谷市	電話番号 ( )
ご本人様所在	<input type="checkbox"/> 自宅で生活中	
	<input type="checkbox"/> 入院中	H・R 年 月 日から _____ の治療のため、 _____ 病院 ( _____ 病棟 _____ 階) に入院中。 退院見込み：( 無・有→ _____ 月 日頃 予定・決定 )
	<input type="checkbox"/> その他	

○ 本日もご相談に来られた方のことを伺います。

お名前	ご本人様との関係
ご住所	電話番号 ( )
ご連絡先 (携帯電話等)	電話番号 ( ) <small>*ご連絡先には、市より何かご連絡をする際の窓口になられる方の連絡先の記入をお願いします。</small>

○ 介護保険の申請を希望される理由と、使いたいサービスを教えてください。

申請理由	<input type="checkbox"/> 家で介護保険のサービスを使いたいから	<input type="checkbox"/> 施設に入所したいから	
	<input type="checkbox"/> 人に勧められて (勧めてくれた人：医師・看護師・病院の相談員・ )	<input type="checkbox"/> 入院中だが、退院の目途がついたから	
希望サービス	<input type="checkbox"/> いざというときのために介護保険を使いたいため		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
在宅	<input type="checkbox"/> 通所サービス (デイサービスなど)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> ショートステイ (お泊まり)
施設	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ( )	<input type="checkbox"/> 住宅改修 (場所： )
	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 老人保健施設
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設			

★今、一番困っていることを教えてください。

★介護保険を申請することをご本人様はご存知ですか？○をつけて下さい。  
( 知っている ・ これから説明する予定 ・ 知らない )

○ ご本人様のお体の様子について伺います。

今かかっている病気に *わかる範囲で構いませんので、教えてください。	★病名：
	★現状：
	★麻痺：・なし・あり→・右側・左側
	★かかりつけ医 ( _____ 医院・病院) 主治医： _____ 先生
	最近いつ受診をしましたか？ _____ 月 日ごろ

過去の病気	＜過去に手術などしたことのある病気＞		
現在の生活の様子	5m歩行	<input type="checkbox"/> つかまらずに歩く <input type="checkbox"/> つかまって歩く (杖・手すり・歩行器) <input type="checkbox"/> 歩けない (車いす・寝たきり)	
	食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 手伝いが必要 (部分介助・全介助) <input type="checkbox"/> 全く食べられない	
	お風呂	入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入る <input type="checkbox"/> 手伝いが必要 (部分介助・全介助)
		洗身	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 体のみ拭いている
	排泄	尿意 (わかる・曖昧・わからない)	排便 (わかる・曖昧・わからない)
		排尿	排便
	ことば	<input type="checkbox"/> 一人でできる (トイレ・ポ・タブ・トイレ) <input type="checkbox"/> 一人でできる (トイレ・ポ・タブ・トイレ)	
話の理解	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞きづらいが意味は通じる <input type="checkbox"/> 簡単な会話なら話せる <input type="checkbox"/> 話せない		
普段困る行動	<input type="checkbox"/> ほとんど理解できない <input type="checkbox"/> まったく理解できない		
	生活上で困るような物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (・週に数回・毎日) →	
	物を取られたなど被害的になること	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (・週に数回・毎日) →	
	夜間不眠・昼と夜の取り違い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (・週に数回・毎日) →	
	徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (・週に数回・毎日) →	
その他			

○ご家族の状況についてお伺いします。

【家族構成】 ☆主介護者 ◎キーパーソン □男 ○女	【備考(家族状況等)】

※職員記入欄

対応	緊急性【無・有】 調査希望【無・有】 _____ 月 日 時頃～
<input type="checkbox"/> 介護保険説明	★備考・申し送り事項
<input type="checkbox"/> 介護保険パンフレット配布	
<input type="checkbox"/> 事業者一覧配布 □事業所紹介	
<input type="checkbox"/> 申請書 (記入済、後日提出)	
<input type="checkbox"/> 調査調整済 ( _____ 月 日 時～ 調査員 _____ )	
<input type="checkbox"/> 後日担当から連絡必要 ( _____ )	
<input type="checkbox"/> その他	