

介護認定(新規、区分変更)における状況調査

受付： 年 月 日

申請者		続柄		住所	
被保険者氏名				生年月日	M・T・S 年 月 日
被保険者証の提出	有 ・ 無 (
資格者証の交付	済 ・ 未				

1. 本人の状況

主たる病気 (例：入院中の直接的原因、通院中の病気、介護の直接原因となった病気等記入)	
麻痺	<input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し ()
じょくそう	<input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し ()
言語障害	<input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し ()
歩行	<input type="checkbox"/> できる () <input type="checkbox"/> できない ()
食事	<input type="checkbox"/> できる () <input type="checkbox"/> 要介助 ()
排泄	<input type="checkbox"/> できる () <input type="checkbox"/> 要介助 ()
入浴	<input type="checkbox"/> できる () <input type="checkbox"/> 要介助 ()
着替え	<input type="checkbox"/> できる () <input type="checkbox"/> 要介助 ()
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし () <input type="checkbox"/> 問題あり ()
物忘れ	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない ()
問題行動	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない ()
医療行為	<input type="checkbox"/> ある (点滴、 透析、 カテーテル、 疼痛、 経管栄養、) <input type="checkbox"/> ない ()
その他 (感染症の有無等)	

2. 家族の状況

家族構成、介護の状況 (家族の関わり)	
介護サービス利用の希望	
調査日程等の連絡先 (自宅と異なる場合)	氏名 電話番号

(調査員記入欄)

調査日時： 年 月 日 時 分頃	調査場所
------------------	------