

状 況 調 書

介護保険認定申請時に提出してください。

1) ご本人についてお伺いします。

対象者 氏名		男 女	生年月日 年齢	大・昭 年 月 日(歳)
-----------	--	--------	------------	------------------

2) ご本人の身体状況等について、該当する番号に○をつけてください。

病名等	1. 脳血管疾患 2. 高血圧症 3. 心臓病 4. 骨折 5. 関節リウマチ 6. 喘息 7. 腎臓病(人工透析) 8. 認知症 9. 骨そしょう症 10. 糖尿病 11. 老衰 12. 全盲・弱視 13. 難聴 14. 言葉不自由 15. がん() 16. その他()			
歩 行	1. 自分で歩くことができる 2. 杖や歩行器を使用して歩く 3. 車イスを使用する 4. 歩けない			
排 泄	1. 自分でできる 2. 介助が必要(パット・紙パンツ・紙おむつ・トイレ・ポータブルトイレ・カテーテル)			
記憶力	1. 普通 2. やや忘れやすい 3. すぐ忘れる			
意思疎通	1. 普通 2. やや悪い 3. 悪い			
その他				

3) ご本人は現在ご自宅で生活されていますか? 1. はい 2. いいえ
いいうえの場合→入院中・入所中・その他(場所:)

4) ご本人が利用中のサービスはありますか?

1. デイサービス・デイケア (曜日)	2. 訪問介護(曜日)
3. 訪問看護 (曜日)	4. 訪問入浴(曜日)
5. ショートステイ (棚院 / ~ /)	6. その他(春風・)

5) 認定調査時に立ち会っていただく方(ご本人の状態をよくご存知の方)についてご記入ください。※後日、調査員が立会人の方に訪問日程調整の電話をいたします。

調査時 立会人	住 所			
	ふりがな		本人との	
	氏 名		続 柄	
	電 話		携帯電話	

6) 調査日についてご希望がありましたら、月曜日～金曜日で9時～15時の時間でご記入ください。(ただし、必ずしもご希望に添えないこともあります。ご了承ください。)

調査の 希望日	①	②	③
------------	---	---	---

町記入欄

--