

記入例

## 認定調査用資料

対応者

.

※各項目の該当する部分に記入及び該当する□に✓を入れてください。

|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 現在の状況<br>所在の状況                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 病院入院中                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 主治医と介護の相談                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無           |
|                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 在宅(有料・GH含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 右大腿骨骨折・認知症                                                                 |
|                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 施設入所(老健・特老)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 手術の日程                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 有( 8月 7日) <input type="checkbox"/> 無   |
|                                                                                                            | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 退院の予定                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 有( 10月 31日) <input type="checkbox"/> 無 |
| 立ち合い                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 有・無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 調査員の電話番号 0968-43-1077                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |
| 訪問調査日程<br>調整の連絡先<br>※調査員からの連絡は3週間以内に連絡します。<br>※訪問は、午前は、9時30分から11時30分まで午後1時30分から3時00分までの間に行います。1時間程度で終わります。 | 立会者氏名: 山鹿 太郎 続柄: 長男                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |
|                                                                                                            | 住 所 〒<br>注)入院中の場合は、先に病院と日程調整させていただく場合があります(感染症対策)。<br><input checked="" type="checkbox"/> 申請書提出者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |
|                                                                                                            | 電話番号・緊急連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 自宅 0968-43-1180 ・ 長男携帯 090-0000-0000                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |
|                                                                                                            | 連絡可能な時間帯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9 時 ~ 13 時 <input type="checkbox"/> いつでも可                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |
|                                                                                                            | 本人と立会者の都合が悪い曜日(病院受診やサービス利用日など)<br><input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 ※土日祝日は、訪問しません。                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |
| 日常生活において<br>必要な介護の状況                                                                                       | 直接的な原因、主たる疾病および介護の状況<br>※新規申請の方は申請の理由をご記入ください。<br>下肢筋力が低下し歩行が不安定な中、認知症で危険認識が薄く自宅内で転倒し、右大腿骨を骨折し国立病院へ救急搬送、8月7日に手術を受けた。現在は山鹿市民医療センターへ転院し歩行リハビリ中。退院後に歩行器等のレンタルやデイサービスなどを利用したいため。                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ等<br><input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 聴力<br><input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 視力<br><input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 感染症<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                                                                            |
| 介護認定後に希望<br>する介護サービス                                                                                       | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 住宅改修<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入<br><input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 医師の訪問 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |
| 主治医の診察                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 定期受診中(過去 月 日・次回 月 日)<br><input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 薬のみ ※不定期・薬のみの方は、受診してください                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |

|                          |                                                                                                                                                         |     |                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------|
| 介護認定通知<br>書等の送付先<br>について | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> この通知と同じ<br><input checked="" type="checkbox"/> 送付先指定は右記記載<br>※ほかの介護保険関連の通知書も<br>指定できます。         | 住 所 | 〒861-0592<br>山鹿市山鹿 987 番地 3 |
|                          |                                                                                                                                                         | 宛 名 | 山鹿 太郎 様方                    |
|                          | ※ <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input checked="" type="checkbox"/> 介護認定通知 <input checked="" type="checkbox"/> 介護受給者証 <input type="checkbox"/> 介護費給付など |     |                             |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 備考欄 | ※訪問調査の車両の駐車スペース ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 )<br>※住所地以外での調査訪問を希望する(施設等の住所: 山鹿市民医療センター 山鹿市山鹿 511 番地 )<br>※本人が席を外された状態で調査員に伝えたいこと ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 )<br>※調査時に配慮すべき事項(病名や告知の有無など 認知症のことを話題にすると怒る )<br><br>注)入院中の場合は、病棟名や病室をご記入お願いします。<br>注)区分変更申請の場合は、担当ケアマネジャーの氏名と所属事業所名をご記入お願いします。 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|