

介護認定調査等に関する問診票

申請区分(をつけてください) 新規・更新・変更

該当項目 にチェックしてください。

被保険者番号							氏名	
1) 本人の居場所	自宅(住所と同じ) 病院() (病棟 階) 施設() その他()							
2) 家族構成	独居(支援者) 同居(家族数 人) 他に介護認定を受けている家族 いない いる(続柄 :)							
3) 家族連絡先 (記載必須) 及び 調査時の 同席者	同席	続柄		氏名		連絡先		
		家族						
		代行申請者						
		施設職員						
		その他						
4) 既往歴等	脳血管疾患	脳梗塞・脳出血・くも膜下出血						
		年 月(歳)	麻痺 無・有(右 左 上肢 下肢 言語)					
	がん	年 月(歳)	部位()告知(済 未)					
	骨折	年 月(歳)	部位(上腕・大腿骨)					
	物忘れ症状	年 月(歳)	症状()					
	心疾患	年 月(歳)		糖尿病	年 月 (歳)			
5) 日常生活 状況	移動動作	介助なし・つえ等使用・車いす使用・						
	食事	介助なし・一部介助・全介助						
		常食・きざみ食・ペースト食・流動食・点滴						
	排泄	トイレ・ポータブル・オムツ						
	医療	通院・入院中(退院予定 月 日・退院未定)						
更新・変更申請の方	a) 前回認定時と比べて心身状態の変化							
	b) 現在利用中のサービスの状況について	ヘルパー	週 回	曜日	事業所名			
		デイサービス	週 回	曜日	事業所名			
		デイケア	週 回	曜日	事業所名			
		訪問看護・リハ	週 回	曜日	事業所名			
		短期入所			事業所名			
		福祉用具	レンタル()		購入()			
		住宅改修						
事務局記載欄	新規申請理由...(本人・家族・病院・その他)の希望							

