**受付時状況確認票　　　　　　　 　　記入日：令和　　　年　　　月　　　日**

**介護保険被保険者番号 氏名**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１　今回申請した理由について、該当するものにチェックしてください。

|  |
| --- |
| 使いたいサービスがあるため　　認定更新のため　　医療機関に勧められたため  現在の認定区分は妥当ではないため、（　重度　・　軽度　）に見直してほしい  その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　介護認定申請の原因となった病名をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

３　使いたいサービスについて、該当するものにチェックしてください。

|  |
| --- |
| 訪問介護（ホームヘルプ）　通所介護（デイサービス）  通所リハビリ（デイケア）　訪問リハビリ 　訪問看護　居宅療養管理指導  住宅改修　短期入所生活介護（ショートステイ）　　施設入所　おむつ事業  福祉用具　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  住宅改修　　施設入所　　おむつ事業 |

４　現在の生活状況について

|  |
| --- |
| 歩行はできますか。　　　　（　できる　・　つかまれば可　　・　できない　）  着替えはできますか。　　　（　できる　・　一部助けが必要　・　できない　）  一人でお風呂に入れますか。（　できる　・　一部助けが必要　・　できない　）  一人で食事ができますか。　（　できる　・　一部助けが必要　・　できない　）  排泄の失敗がありますか。　（　　ない　・　ある　　）  日常生活に支障のある物忘れがありますか。　（　　ない　・　ある　　） |

※３、４でアンダーライン項目のみ該当の場合、**総合事業**を利用することで要介護（要支援）認定を省略して迅速なサービス利用が可能となることがあります。詳しくは、担当のケアマネジャーや地域包括支援センターへお問い合わせください。

※総合事業のみ利用を希望する場合、５以降の記入は不要です。

５　認定調査について

（１）　現在、本人のいる場所が住所地以外の場合、ご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 滞在場所（施設、病院等） | （　　　　　　病棟） | |
| 住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 滞在期間 | 年　　月　　日　から | 年　　月　　日　予定  未定または移動予定なし |

（２）　現在のご家庭の状況について、該当するものにチェックしてください。

|  |
| --- |
| ひとり暮らし 　夫婦のみ 　親族と同居 　その他（ 　　　　　　　　　　　） |

裏面へ

（３）　認定調査の立会いについて

自宅や病院、施設等を市の調査員（更新申請・区分変更申請の場合、市が委託した調査員の可能性があります。）が訪問して、介護を必要とされる方の心身の状態について調査します。自宅での調査の場合、ご家族の立会いをお願いしています。

　ア　立会いをする

　立ち会う方の氏名、連絡先等をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 本人との続　　柄 |  | 連絡先  （携帯電話等） |  |
| 氏　　名 |  |
| 連絡が可能な曜日・時間帯 | |  | | | |

認定調査の都合が悪い曜日・時間帯に〇をつけてください。

認定調査時間は１時間程度です。訪問は祝日を除く平日（月～金）となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 曜日 | 月・火・水・木・金・その他（　　　　　　　　　）いつでも可 |
| 時間帯 | 午前・午後　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いつでも可 |

　イ　立会いをしない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（４）　配慮すべきことや、事前に知らせておきたいことなどがあればご記入ください。

|  |
| --- |
| 該当するものがあれば、チェックしてください。  介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい  本人の前では伝えづらいことがあるので、別室で聞き取りをしてほしい |
| 別室で聞き取りが必要な項目を具体的に教えてください。  例）認知症のこと、排せつの失敗のこと、病気のこと　など |

（５）　毎週の決まった予定（サービスや通院など）があれば記入してください。

|  |
| --- |
| 例）デイサービス毎週（火）（木）利用　　透析（月）（木）（土）利用　など |

（６）　調査場所付近に駐車スペースはありますか。（該当するものにチェックして下さい）

|  |
| --- |
| 自宅の駐車場　　近隣のコインパーキング　　入院・入所先の駐車場  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　ない |
| 自宅調査の場合、普通車での駐車は可能ですか。  可能　　　軽自動車がよい |

受付者（　　　　　　）