**受付時状況確認票　　　　　　　　　　　　　※空欄なく記入してください。**

**記入日：令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　受付記入者（　　　　　　　　　）**

**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（区分変更の理由含む）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

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。

　※退院等、本人のいる場所が変更になりましたら、ご連絡ください。

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

裏面へ

（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（ 　　　　　　　　　　　） |

（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、日程調整ができる連絡先（本人の場合も含む）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[ ] 該当なし |
| 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[ ] なし |

（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 |