

受付時状況確認票

記入日：令和____年____月____日

※空欄なく記入してください。
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（ ）		

4 現在の生活状況について

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

(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○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