

要介護認定申請確認票

認定調査員が訪問する際の参考にさせていただきますので、ご本人の状況についてご記入ください。

保険者氏名		立会い	有・無
調査に立ち会う方	関係()	調査日程 の 連絡先	①
調査を希望する曜日と時間帯	月・火・水・木・金 AM・PM		②
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中【病院名： _____】入院の原因【 _____】 退院予定 年 月 日 退院後の所在地 ・ 自宅 ・ その他() 転院予定 年 月 日 転院先： _____ ・ 未定		
家族の状況	<input type="checkbox"/> 家族同居(日中： 家族在宅 独居) <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他()		
介護が必要となっている主な病気や症状等	疾患名： _____		
既往歴			
現在利用中のサービス			
希望のサービス(複数可)	<input type="checkbox"/> 通所系のサービス <input type="checkbox"/> 訪問系サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()		

※ 下記より新規申請・区分変更申請の方のみご回答ください

申請の動機	<input type="checkbox"/> 勧められた (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー・相談員 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 本人が利用したい <input type="checkbox"/> 家族が利用したい			
区分変更の場合のみ記入	変更後のサービス予定を具体的に記入ください			
日常生活の状況	歩行	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 杖や押し車など掴まれば歩ける <input type="checkbox"/> 体を支えられて歩く <input type="checkbox"/> 歩けない		
	食事	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 介助で食べている <input type="checkbox"/> 食べていない (<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 点滴)		
	排泄	手段 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ等) を使用 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 介助が必要(トイレまでの誘導 ズボンの上げ下げ オムツ等の交換) <input type="checkbox"/> その他(人工肛門 カテーテル)		
	会話	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 簡単な事に限られる <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> 筆談が必要		
	認知症	問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 例えば … 物忘れ 暴言・暴行 徘徊 介護抵抗 昼夜逆転 等 ※ 有を選択した場合は裏面、認知症問診票へご記入ください。		
原因が交通事故の場合にご記入ください	事故発生日	年 月 日	示談の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(示談日： 年 月 日)

※ 調査時に配慮することがありましたらご記入ください。

次の行動はありますか？ ご家族の方が、気になる点をご記入下さい。

※1か月以内に該当する行動がある場合は□に✓し、頻度欄に○をつけ具体的な行動もご記入下さい。1か月より前にあった場合、「以前あり」に○をつけて下さい。

被保険者氏名 _____ 記入者氏名 _____ 関係() _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

		1か月以内の頻度		以前あり	具体的な行動
		週)1~7回	月)1~3回		
3-1	<input type="checkbox"/> 意思を相手に伝えられない。言いたい言葉が出ない。【意思伝達】				
3-2	<input type="checkbox"/> 日付曜日や時間の感覚がない。【日課】				
3-4	<input type="checkbox"/> 5分・10分前のことを忘れてしまう。【短期記憶】				
3-6	<input type="checkbox"/> 季節が分からない。夏に重ね着したり、冬に薄着だったりする。【季節】				
3-7	<input type="checkbox"/> 自分のいる場所が分からなくなる。家にいるのに家に帰る等と言う。【場所】				
3-8	<input type="checkbox"/> 目的なくウロウロと動き回る。【徘徊】				
3-9	<input type="checkbox"/> 居室や家から出ると戻れない。トイレ等の場所が分からない。【戻れない】				
4-1	<input type="checkbox"/> 物を盗られた等の被害妄想がある。【被害的】				
4-2	<input type="checkbox"/> 都合良く話をする。見えないものが見える等と訴える。【作話】				
4-3	<input type="checkbox"/> 急に怒り出す・泣き出す・笑い出す。興奮状態に陥る。【感情失禁】				
4-4	<input type="checkbox"/> 夜間寝ないため、日中寝ていて生活ができない。【昼夜逆転】				
4-5	<input type="checkbox"/> 同じ話を一日何度もしつこく繰り返す。【同じ話】				
4-6	<input type="checkbox"/> 大声で暴言を吐く、暴力をふるう。奇声を発する。【大声】				
4-7	<input type="checkbox"/> 介護に手を払って抵抗する。【介護抵抗】				
4-8	<input type="checkbox"/> 「家に帰る」と言って落ち着かなくなる。【帰宅願望】				
4-9	<input type="checkbox"/> 一人で外に出ようとしてしまい、目が離せない。【一人で出たがる】				
4-10	<input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる。同じ物ばかり買ってくる。【収集癖】				
4-11	<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊したり、破いたりする(しようとする)。【破壊行動】				
4-12	<input type="checkbox"/> 食事したことを忘れてしつこく催促する、火の不始末等。【ひどい物忘れ】				
4-13	<input type="checkbox"/> 独り言や独り笑いをする。【独語】				
4-14	<input type="checkbox"/> オムツや点滴を外す、便をいじる等場面に見合わない行動。【自分勝手】				
4-15	<input type="checkbox"/> 話がコロコロ変わる、質問と関係のない話をする。【話がまとまらない】				
5-3	<input type="checkbox"/> できる、できないことが理解できない。物事の手順が分からない。【判断能力】				

その他、ご家族の方がお困りになっている行動等があればご記入下さい。