

1. 調査曜日・時間（ご都合の良いところ全てに○をつけて下さい。）

時間\曜日	月	火	水	木	金
9:30					
13:30					

市記入欄

調査日時		/ () : ~	
調査場所	自宅		
	施設		
	病院	階	病棟
	居所		
駐車場所			

2. 調査同席者（番号に○をつけて下さい。）

1	なし	2	家族	3	担当 ケアマネ	4	その他 ()
---	----	---	----	---	------------	---	------------

※体調など日によって状態の変化の大きい場合などは必ず同席願います。

3. 調査の連絡先（本人連絡先と異なる場合にご記入下さい。）

氏名		続柄	
住所		電話	

4. 認定をうける方について（番号に○をつけて下さい。）

歩行	1. できる 2. つかまれば可 3. できない	食事摂取	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	排泄行為	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助
着衣の脱着	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	買い物	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	認知症状	1. なし 2. あり 専門医受診 有・無
事業対象者の認定		1. あり 2. なし	事故等が原因による申請		1. はい 2. いいえ
今回の申請事由	1. 認知症 2. 転倒 3 整形疾患 4 脳血管疾患 5. その他の疾患 6. 加齢による ADL 低下				
申請前の状況	1. 通いの場等に参加（週に1回以上外出） 2. 通いの場等に不参加				

5. その他、調査時に気をつけて欲しいことなどありましたらご記入下さい。

--

6. 最後に主治医の診察をうけたのはいつ頃ですか、または次の受診予定はいつ頃ですか。

令和 年 月 日 頃受診	令和 年 月 日 受診予定	<input type="checkbox"/> 入院中
--------------	---------------	------------------------------

7. 現在利用しているサービス、今後利用したいサービスについて（番号に○をつけて下さい。）

1	訪問介護(ヘルパー)	2	訪問入浴	3	訪問看護	4	訪問リハビリ
5	居宅療養管理指導	6	通所介護(デイサービス)	7	通所リハ(デイケア)	8	福祉用具貸与・購入
9	短期入所(ショートステイ)	10	グループホーム	11	特定施設入所者生活介護	12	(看護)小規模多機能型居宅介護
13	住宅改修	14	介護老人福祉施設	15	介護老人保健施設	16	介護療養型医療施設

8. 認定結果の送付先（本人住所と異なる場合にご記入下さい。）

氏名		続柄	
住所		電話	