

介護保険要介護認定・要支援認定申請に係る身体等の状況調査票

①後日、調査のために訪問しますが、調査の日程を決めるための連絡先についてお書き下さい。 ※（月～金曜日の8：30から17：15までの連絡先）					
連 絡 先	フリガナ 連絡者氏名		続柄	連絡希望時間	
	電話番号（自宅）		携帯電話		
	上記以外の連絡先				
家族の調査立会い 無 ・ 有 ⇒ ※ 有の場合の立会い者 （ ）					
調査時の希望等					
②訪問調査の希望曜日、時間帯について○をつけて下さい。					
1. 希望する曜日 月・火・水・木・金・指定なし 2. 希望する時間帯 午前・午後・指定なし（希望日時 ） ※調査は月～金曜日、午前は9：30から、午後は13：30からお願いしています。 それ以外の時間帯を希望する場合はご相談下さい。 3. 被保険者（本人）の住所以外で調査を希望する場合は、その調査先をご記入ください。 例 次男宅 娘宅 ○○施設 ◎◎ホーム △△病院◇◇号室 など （調査先 ）					
③身体の状態について、該当する項目に○をつけてください。			④精神の状態について、該当する項目に○をつけてください。		
1. ねたきりの生活で、ひとりではなにもできない。 2. ほとんどねたきりであるが、自分で寝返りをすることはできる。 3. ほとんどねたきりであるが、誰かの手を借りればお座り位できる。 4. 家の中だけの生活で、ひとりでは外にでられない。 5. 隣近所へならひとりですら外出できる。 （杖、シルバーカーを使用してもよい。） 6. 交通機関等を利用してひとりですら外出できる。 （杖、シルバーカーを使用してもよい。） 7. その他（ ）			1. 常に目を離すことができず、介護が必要な状態なので、重度の認知症だと思う。 2. 生活に支障を来すような症状や行動があり、意志の疎通が困難である。 3. 生活にも影響はでているが、誰かが注意していれば自立できる。 4. 生活に影響はでていないが、なんとなくおかしいと思う。 5. 普通であると思う 6. その他（ ）		
⑤いままでにかかった病気、または現在治療中の病気があれば、該当する項目に○をつけてください。					
1. 脳血管疾患（脳出血・脳梗塞など） 2. 心臓病 3. 高血圧 4. 骨折 5. 糖尿病 6. 認知症 7. パーキンソン病 8. 透析 9. 骨そしょう症 10. その他（ ）					
⑥現在利用しているサービスがあればお書きください。					
1. ホームヘルプサービス 2. デイサービス（利用曜日 ）・デイケア（利用曜日 ） 3. 訪問入浴介護 4. ショートステイ 5. 訪問看護 6. 福祉用具給付・貸与 7. その他					
⑦同居のご家族についてお書きください。（介護者の方に○をつけてください。）					
主な介護者	氏名	続柄	主な介護者	氏名	続柄