

状 況 確 認 票 【 総 合 事 業 ・ 要 介 護 ・ 要 支 援 】 （新規・区変）

受付年月日		令和 年 月 日		受付者所属機関		
				受付者氏名		
相談者氏名		(続柄)			受付方法	窓口 ・ 電話 ・ 訪問
相談及び 申請のきっかけ		本人の希望 ・ 家族の希望 ・ 主治医のすすめ ・ 病院からのすすめ ・ その他				
本人の 現在の 状況	本人氏名	(男 ・ 女)		生年月日	昭和 年 月 日生	
	住 所	電話 ()				
	認定の有無	認定なし 事業対象者 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (有効期限 年 月 日～ 年 月 日)				
	現在の居場所	在宅 ・ 入院中 ・ 入所中 病院 ・ 施設名(病棟 階 号)				
	経過と状態	在宅→主病名、本人が困っていること、家族が困っていること、主な介護者と家族環境(独居や高齢世帯など) 入院中→主病名、入院までの経過、現在の本人の状況(歩行・食事・会話など是可以か)、退所後予定(在宅・転院など)				
	主訴					
	身体状況	歩行	☐ 自立 ☐ 杖等が必要 ☐ できない			
		移動	☐ 自立【一人で外出できる】 ☐ 室内は一人で移動できる ☐ 介助が必要			
	生活状況	食事摂取	☐ 自立 ☐ 介助が必要()			
排せつ		☐ 自立 ☐ 介助が必要()				
入浴(着替え含む)		☐ 自立 ☐ 介助が必要()				
認知症状	☐ ない ☐ 年相応の物忘れあり ☐ ある (服薬管理・金銭管理が自分でできない、電話の 対応・伝言ができない、同じ話を繰り返す等)					

※要支援1～要介護1が見込まれる方は、地区担当の包括支援センターに申請情報の提供を行うことを伝えて下さい。

サービス利用の相談は、認定結果後に包括又は居宅のケアマネと行うことを伝えてください。

[illegible]