

被保険者氏名 介護 太郎

新規・変更（平成〇〇年〇月〇日）

この受付票は介護保険認定調査を円滑に進め、より早い認定を目指すものです。ご協力をお願いします。

1. 現在の心身の状況をお聞かせください。

- 末期ガン等の急性期（〇〇ガン）
- 入院中（原因は 平成〇年〇月〇日脳梗塞発症のため。 など）
- 歩行など（下肢筋力低下は著しく、起き上がり・立ち上がりに介助が必要である。身体動作（変形性膝関節のため杖を使い自宅内を歩行している。 など））
- 排泄、入浴（ポータブルトイレを使用している。食事は家族が口まで運んで食べさせる。など生活面（経管栄養。背中を自分で洗うことができないため家族が洗っている。 など））
- その他介護が必要状態（認知症の診断を受けている。物忘れがひどく同じことを何回も聞いてくる。独居で近くの店にも買い物にいけなくなっており支援が必要。 など）

2. 入院中の方におうかがいします。病院から移る予定はございますか？

- 未定
- 退院・転院・施設入所の予定あり 〇月 〇日頃 自宅、〇〇病院 へ

3. どのようなサービスをご希望になられますか？

- 在宅サービス（ヘルパー（買い物、掃除、調理・・・）、デイサービス、デイケア など）
- 施設サービス（施設入所 など）
- 生活環境整備のサービス（福祉用具のレンタル、住宅改修 など）

4. サービスの開始はいつ頃を予定されていますか？

- 認定前に利用を開始する（〇月〇日から） 認定後に利用を開始する

5. 調査員に事前に知らせておきたいことはございますか？

- 病名を本人に告げていない
- 認知症のような症状
- その他：（本人の前では答えにくい事があるので、別室で聞き取りをして欲しい。 など）

6. 介護予防教室（水中運動・きらめき元気アップ教室等）への参加はありますか？

- 有り 無し

～お願い～

- ① 認定申請をすること、サービス利用をすることについて、ご本人に説明をされていますか。説明をされていない場合は、調査員が訪問する前に介護サービスの利用について、ご家族でご本人とよく話し合いをなさってください。
- ② サービスを利用する際にはケアプラン（介護サービス計画）を作成する必要があり、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設などへ作成を依頼することもできます。これらの事業所に作成を依頼される場合は、ご相談やお申込みをなさってください。
- ③ 介護保険センターから主治医意見書を取り寄せます。最近、受診されていない場合は、お早めに受診してください。

ご協力ありがとうございました。