

( 新規・更新・区分変更 申請 ) 受付シート 《提出代行者用》

調査対象者名	家族状況 (○を付ける)
	独居・同居(夫婦のみ)・同居その他( )

↑【同居】は2世帯住宅や同一敷地内に居住も含まれます。

○受診について 申請日から1週間以内に受診をしますか はい( 月 日)・いいえ→確認要

○訪問先 自宅・自宅以外→(住所、施設名)

→自宅の場合 調査員用の駐車場スペース あり・なし( )

○立会人氏名 ( ) 調査対象者との続柄 ( )

○立会人連絡先 ( ) 連絡可能な時間帯 ( 時頃・いつでも)

○希望調査日時 ( 月・火・水・木・金・いつでも ) の ( 午前・午後・いつでも )

■サービスの利用状況

訪問介護(ホームヘルプサービス)	(月 回)	訪問入浴介護	(月 回)
訪問看護	(月 回)	訪問リハビリテーション	(月 回)
居宅療養管理指導	(月 回)	福祉用具貸与	( 品目)
特定福祉用具販売(過去6か月)	( 品目)	小規模多機能型居宅介護	(月 回)
通所介護(デイサービス)	(月 回)	施設名( )	
通所リハビリテーション(デイケア)	(月 回)	施設名( )	
ショートステイ(特養等)	(月 回)	施設名( )	
ショートステイ(老健・診療所)	(月 回)	施設名( )	

■生活状況 ※区分変更の場合は必ず記入してください。

歩行:	できる・つかまれば可・できない
更衣:	できる・一部助けが必要・できない
清潔:	できる・できない
排泄:	できる・できない
物忘れ等:	ない・ある

<特記事項> 現在の環境や状況、前回調査時との違い(体調、介護の手間、希望するサービス等)

---



---



---



---