（**新規・更新・区分変更　申請**)受付シート　　《提出代行者用》

R4.4.20改

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　日（　　）　　：　　～　　　　　【調査時間】　※平日のみ・　　　月　　日（　　）　　：　　～　　　　　・9:00～　 　・10：30～・　　　月　　日（　　）　　：　　～　　　　　・13：30～　 ・15：00～ |

■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）