# 申請に関する利用者情報　（ 新規 ・ 要支援者新規 ・ 区分変更 ）

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者名 | | 独居世帯　　その他<br>高齢夫婦世帯<br>家族と同居 |
| 申請に来た人<br>又は面接した人 | ※難読名は要ふりがな | 被保険者との関係 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 現在、事業対象者で　　ある　・　ない | | | | |
| 現在、一般介護予防事業を　　利用　・　未利用 | | | | |
| 調査場所 | 自宅 | 施設　（　　） | | |
| | 病院　（　　病院　　病棟　　病室　） | | | |
| | その他　（　　） | | | |
| 調査の連絡先 | （ふりがな）<br>連絡する人　　（続柄　　）電話番号　　（日中連絡のつく） | | | |
| 立ち会い | （ふりがな）<br>立ち会う人　　（続柄　　）<br>立ち会いなしの場合（理由:　　） | | 備考 | DS利用日<br>SS利用日 |
| 緊急性 | （　）ある（理由　　） | | | |
| | 緊急で暫定利用が必要と思われるサービス（ 内容:　　） | | | |

＜現在の状況＞ （日常生活状況を簡単に記入してください）

| | |
|---|---|
| 1　食事<br>経口摂取（自己・介助） ／ 点滴 ／ 経管栄養 | 2　排泄<br>トイレ（自己・介助） ／ ポータブル ／ オムツ ／ ストマ ／ 管 |
| 3　入浴<br>入浴可 ／ 入浴不可 | 4　歩行<br>歩行可 ／ 歩行不可<br>（ 杖 ／ 歩行器 ／ 車椅子 ／ その他 ） |
| 5　その他<br>視力・・・ 支障なし ／ 見えにくい ／ 見えない<br>聴力・・・ 支障なし ／ 聞こえにくい ／ 聞こえない<br>筆談：可／不可<br>会話・・・ 可 ／ 不可<br>認知症状・・・ なし ／ あり | サービスの利用希望　なし<br>あり（　　）<br>住宅改修の利用希望　なし<br>あり（　　） |

＜申請の理由や経過、困っていること＞⇒気になるもの忘れの有無、あれば調査時の留意事項など記載して下さい

**在宅 ・入院中 又は 入所中 （＊入院中の場合、退院予定日を記入（　　年　　月　　日 ）・未定**

生活の支障となっている傷病名（　　）

HP・施設からの勧め/家族の判断による/その他（　　）