**申請時の状況調査票**

受付年月日：令和　　年　　月　　日　　　　　　　受付・連絡者氏名（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | 新規・　更新・　区分変更 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　 | 同居家族 | 有　・　無 |
| 入院中の場合 | 入院開始日：令和　　年　　月　　日　病院名（　　　　　　　　　　　　　　　）退院予定日：令和　　年　　月　　日　病　名（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調査場所 | 自宅　・　施設／入院先（　　　　　　　　　　　　　　　　）その他（氏名　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 調査の立会い日程調整の連絡先 | □同席あり　□同席なし（同席がない場合は日程調整を行う方について）氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　同居　／　別居　 日中連絡が取れる電話番号：電話連絡の希望時間帯：　　　　　　　　調査の都合が悪い日時： |
| 認知症状 | 無　・　ときどきある・　有（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 歩行 | 安定　・　不安定(　　　　　　　　　　　　　) |
| 意思の疎通 | 問題なし　・　耳がとおい　・　補聴器利用　・　困難 |
| 現在受けているサービスの状況（サービスを受けている曜日・場所など） | 福祉用具（　貸与　・　販売　・　無　）　　　住宅改修（　有　・　無　） |
| 通所リハビリ(デイケア)　月・火・水・木・金・土・日　場所（　　　　　　）通所介護(デイサービス)　月・火・水・木・金・土・日　場所（　　　　　　）訪問看護月・火・水・木・金・土・日　場所（　　　　　　）訪問介護(ホームヘルパー)月・火・水・木・金・土・日　場所（　　　　　　）通院・その他　　　月・火・水・木・金・土・日　場所（　　　　　　） |
| 主治医への受診歴 | 前回（令和　　年　　月　　日）　・次回（令和　　年　　月　　日）予定 |
| 認定後希望するサービスに○を付けて下さい。 | 通所リハビリ・デイサービス・訪問看護・ヘルパー・住宅改修その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| (新規申請、区分変更申請の方)申請の理由、前もって調査員に伝えたいこと、現在困っていること等 |
| 認定結果の通知先 | □住所地(自宅)□自宅以外　氏名：　住所：〒 |
| 備　考 |  |

**※　申請提出後の入転院等については、役場福祉課（0967-72-1229）までご連絡下さい。**

**※　調査の日程調整は調査員より午前8時30分～午後3時30分の間に（0967-82-3022）**

**または（0967-72-1229）よりお電話いたします。不在着信が入っていた際は折り返しのお電話をお願いいたします。**