

記入者氏名（フリガナ）	対象者との関係	相談	新規	更新（現在利用無し）
シート記入者の氏名	子、長男など	☐	☒	☐
対象者氏名（フリガナ）	対象者生年月日	64 歳以下		
被保険者の氏名		65 歳以上		
	該当するものをチェック	☒ 特定疾病（ 脳血管疾患 ） ☐		

※現在お使いのサービスが無く、今すぐにお使いにならない方は今回更新をする必要はありません。サービスが必要になった際に改めて申請ください。現在長期入院中の方等は主治医にご相談ください。

①窓口で相談に来られた理由や申請する理由をお聞きします

☐ 医療機関（医師や相談員）に勧められた
☐ 地域包括支援センターやケアマネに勧められた
☒ 日常生活に不安を感じて・家族や友人等が日常生活を心配して
これらの原因は交通事故によるものですか ☐ はい ☒ いいえ
しばらく受診していない、定期受診までに日がある、複数の科や医療機関を受診している、記載してもらえないかが分からない等の場合は、一度その医療機関へ申請について相談してください。意見書記入のための問診や診察に来てほしい等、医療機関の判断があります。結果的に意見書依頼先を変更する場合は、必ず介護福祉課に報告してください。認定には主治医意見書と認定調査の両方が必要です。
現在かかりつけの病院等がありますか ☒ はい ☐ いいえ
今回の申請について主治医に相談はしていますか ☒ はい ☐ いいえ
癌の場合、末期状態であり早急な介護保険利用が必要と説明がありましたか ☐ はい ☒ いいえ
現在入院中ですか、または過去6カ月内の入院がありますか ☒ はい ☐ いいえ
※入院経緯を出来る限り詳細にお聞かせください
・肺に水が溜まり今年の2月に手術で1週間ほど入院した。
・4日前に自宅で倒れており救急搬送された。検査中で病気や容体は詳しく分からないが2週間程度入院と言われている。 など

③生活状況についてお聞きします（自身でできること、どれくらい介助や手伝いを要するか等）

普段の様子や介護状況が分かる方はいいますか ☒ はい ☐ いいえ	
一人で歩けますか ☐ できる ☒ 何かにつかまれば可 ☐ できない	
一人で衣類の着脱ができますか ☒ できる ☐ 部分的に助けが必要 ☐ できない	
一人で身体を洗えますか ☒ できる ☐ 部分的に助けが必要 ☐ できない	
一人で「食べる」ことはできますか ☒ できる ☐ 部分的に助けが必要 ☐ できない	
年相応以上の物忘れ、病院での認知症診断等がありますか ☐ はい ☒ いいえ	
数分前(今)に話したことをまた話す、置き忘れしまい忘れて探し物をいつもしている、火を消し忘れて空焚きすることがある、水道の止め忘れがある、必要以上に同じものを購入するため食べきれず食品は腐ってしまっている等の場合は【はい】を選択。	
以前(昔)に話したことをまた話す、知り合いの名前が思い出せない等年相応の場合は【いいえ】を選択。	
体操や趣味、他者交流等を通じて元気になりたい	認知症の人を対象とした施設に入所したい
☐ 介護予防教室、地区サロン	☐ グループホーム
自宅に訪問を受けて利用したい	施設に入所したい
☒ 身体介護や生活援助（ホームヘルプ）	☐ 特別養護老人ホーム、老人保健施設、医療院
☐ 移動入浴車等による入浴	一時的に入所して利用したい
☒ リハビリテーション	☐ ショートステイ
☐ 医師・看護師による療養管理	通い・訪問・宿泊を組み合わせで利用したい
施設に通って利用したい	☐ 小規模多機能型居宅介護
☒ 入浴・排泄支援・機能訓練（デイサービス）	自宅の生活環境を整えたい
☒ 上記内容+リハビリテーション（デイケア）	☒ 福祉用具貸与・購入
在宅に近い暮らしをしたい	☒ 住宅改修
☐ 有料老人ホーム、ケアハウス、高齢者向住宅	