

《新・切れ新・更新・変更》 介護認定申請連絡票[フェイスシート]

(被保番 ) 令和 年 月 日【受付者: 】

氏名			男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 才		
住所				電話番号	—		
相談者氏名	続柄 ( )			★ケアプラン等作成の為の情報提供に同意します 氏名 ( )			
独居/同居家族有 日中独居	家族構成 ※□:男、○:女  □—○			日中連絡がとれる連絡先	① 電話番号 TEL 氏名 続柄 時間帯	② 電話番号 TEL 氏名 続柄 時間帯	
●現在治療中の疾患							
脳梗塞 (麻痺の有/無)	心疾患 肺疾患 肝臓疾患 腎疾患 糖尿病 高血圧 高脂血症	悪性新生物 (部位: ) 終末期状態 本人への告知	骨折 (部位: )	認知症 (診断の有/無) 診断名: ( ) (内服薬の有/無)		(既往・入院歴: 過去6か月)	
●現在の状況と主治医意見書の依頼先 ※意見書依頼のDrに○							
入院中 (病院名)	主治医:( ) 入院日:( ) 退院予定日:( )	通院中 (病院名)	主治医:( ) 直近の受診日( )				
*入院の原因となった疾患名 ( ) *通院の原因となっている疾患名 ( ) ※今回の介護保険申請について主治医に相談 ( し た ・ して ない )							
●介護等の状況 日頃、本人・家族の生活上の困りごと・気になること・どのような生活を送りたいか [ ]							
歩行状態	排泄	食事	中核症状、行動・心理症状	家での入浴	その他		
独歩 伝え歩き 這う 杖・歩行器等 車いす 常時見守り	トイレ ポータブル 尿取りパット 紙おむつ パウチ 介助が必要	自己摂取 部分介助 全面介助 経管・胃ろう・鼻 食欲(有/無)	物忘れ・失語・見当識障害 暴言・暴行・大声 独語・しつこい話・作話 徘徊・火の不始末 被害妄想・昼夜逆転・介護抵抗	可 改修すれば可 シャワーのみ 清拭のみ 見守りが必要 介助が必要	緊急性 (有/無)		
総合事業利用 (無/有) 利用中のサービス ( ) 担当包括 ( )							
理由書作成	□ 住宅改修 □ 福祉用具購入 (手続説明 済 / 未)						
提出代行者	地域包括支援センター ( 担当 )			先取り ( する / しない )			
	居宅介護支援事業所 ( 担当 )			認定後の担当 ( )			
調査員氏名	調査日時	月 日 ( 曜日 ) 時 分	場所	自宅 病院	病院 階 室	同席有( ) 無	

申請理由 [ 本人(家族)の希望 / 病院からの指示 / 包括(居宅)からの紹介 ]