**介護保険要介護・要支援認定申請時確認票**

**町記入**

□区変→□申請日の確認

□2号被の確認→□保険証写し

**あらかじめご記入の上、申請時に申請書と一緒にご提出ください。**受付職員氏名

|  |
| --- |
| 被保険者番号　０００００　　　　　　　　　　　被保険者名 |
| 申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　　　　　） |
| 申請者電話番号　□ 被保険者に同じ　□ 被保険者と別の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認定結果郵送先（本人以外に郵送して欲しい場合のみ記入してください）　**※今回のみの対応です。**〒 |
| 宛名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |

|  |
| --- |
| 立合い予定者の方へ連絡しますので、**日中連絡の取れる電話番号の記入をお願いします**。　調査立会予定者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　　　　　　　　　）　調査立会の方の電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 入院中の方は記入してください（病院名　　　　　　　　　　　　　　　病室　　　　　階　　　　　号室　）□ 入院日　　（　　　　月　　　　日）　　　　□ 手術日（　　　　　月　　　　　日）□ 退院予定日（　　　　月　　　　日）　　　　□ 退院予定はまだ決まっていない□ 病院の医療相談担当やケアマネに相談中　　　□ 特に相談していない＜身体状況＞　□ 状態は落ち着いているので面会ができる　　　□ 状態が不安定なので面会はできない |

今までかかった病気又は、現在治療中の病気がありますか。該当する項目にチェックをつけてください。

|  |
| --- |
| □がん　□骨折　□脳血管疾患　□認知症　□リウマチ　□高血圧症　□心臓病　□その他（　　　　　） |

本人への告知　□済み　□していない

**現在の利用サービス等（更新申請の方のみ記入してください）**

**＊担当ケアマネジャー：**　　　　　　　　　　**＊事業所：**

|  |
| --- |
| □ デイサービス・デイケア(利用の曜日　　　)□ 訪問リハビリ　□ 訪問介護・看護　□ 福祉用具レンタル□　ショートステイ(利用予定日　　/ ～　　/ ) □ 施設入所中　□ 現在サービスの利用はない |

**希望サービス等（新規申請の方のみ記入してください）**

|  |
| --- |
| □ デイサービス・デイケア　□ 訪問介護　□ 訪問看護　□ 福祉用具　□ 住宅改修　□ 施設入所□ ショートステイ　□ 病院からの勧め　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**家族構成**（　　　人家族）

|  |
| --- |
| * ひとり暮らし　□ 配偶者　□ 子　□ 子の配偶者　□ 孫（　　　人）　□ その他（　　　　　　　）
 |

**【現在の状況】**　具体的な状況を下記に記入してください

|  |
| --- |
| (身体状況)□ 寝たきりで１人では何もできない　□ ほとんどが寝たきりだが誰かの手を借りると座ることができる　□ 家の中のみ歩行できるが外出は介助がいる　□ １人で外出できる(杖・シルバーカー等使用も含む) |
|  |

|  |
| --- |
| (認知症)* 重度・中度の認知症だと思う　□ 軽度の認知症だと思う　□ 年相応の物忘れはあると思う　□ ない
 |
|  |

**ご本人について、問題行動がある場合や介護者が声掛けや介助する必要がある行動がありましたら、ご記入ください。**

1. **問題行動について概ね1か月以内の状況であてはまるところに○印をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **質　問** | **回　答** |
| **１** | **物を盗られたなどと被害的になることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **２** | **事実とは異なる話をしたり、自分に都合のいいように話すことはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **３** | **突然泣いたり、笑ったり、怒り出すなど感情が不安定になることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **４** | **夜に何度も目を覚まし何か活動して、日中寝ていることがありますか？** | **ある** | **ない** |
| **５** | **しつこく同じ話をすることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **６** | **突然大声を出すことはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **７** | **介護しようとすると手を払うなどの抵抗をすることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **８** | **「家に帰る」などと言い、落ち着きがなくなることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **９** | **１人で外に出たがり、目が離せないことはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **１０** | **いろいろなものを集めたり、無断で持ってきたりすることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **１１** | **物を壊したり、衣類を破いたりすることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **１２** | **日常生活に支障のある、ひどい物忘れはありますか？****（例：火の不始末・水の出しっぱなし・電気の消し忘れなど）** | **ある** | **ない** |
| **１３** | **意味もなく独りごとや独り笑いをすることはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **１４** | **自分勝手に行動することはありますか？** | **ある** | **ない** |
| **１５** | **話がまとまらず、会話にならない(成立しない)ことはありますか？** | **ある** | **ない** |

1. **上記の他に、介護が必要な行動などがある場合は下記にご記入ください。**

1. **上記のことをご本人の前でお話ししても構いませんか？**

**１．はい**

**２．いいえ →(１)本人の調査の前に話したい。**

**→(２)本人の調査が終わったら話したい。**

**※ご協力ありがとうございました。何かご不明なことがありましたら、下記までご連絡ください。**

**国見町福祉課　長寿介護係（☎０２４－５８５－２１２５）**