

状態確認票 ( 被保険者氏名 **京都 春美** )

申請に至った経緯 ・歩行状態 ・移動状態 ・お風呂 ・食事 ・排泄 ・衣服の着脱 ・物忘れの程度 ・薬の服薬 ・持病 等	(いつ頃から、どのような症状で、お困りですか。介護の手間がかかっていますか。) (どのような状態で入院することになりましたか。) (前回申請時からどのように体・心の状況が変わりましたか。) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right; text-align: center;"><b>記入例</b></div> <p>(例) 豊津総合病院からの勧めで申請。1～2週間前から頭に何かのしかかるような痛みもあり、無気力になった。身体の動きも悪くなり、日によるが、伝え歩きもしくは這って移動することもある。入浴はシャワー浴、トイレ、食事も概ね自立しているが、料理はできず近所から支援をもらっている。食べる量も減ってきた。長年ラジオ体操を続けていたそうだが今は立つのもやっととのことで申請者(弟)が心配していて、本人の支援も弟が主に行っている。デイケア・配食サービスの利用を希望し介護申請。</p> <p>(例) 期限切れ新規申請。令和元、12月からみやこ館に入所していて、その当時から歩行状態悪く、むくみあり。入所者に対して暴力行為・介護者への介護拒否があり往診の医師より内服治療を続けていたが改善しなかった。かかりつけ医と相談し、豊津総合病院の精神科に入院を試みたが、本人は入院するまでの道中で拒否があり入院できなかった。時期を置いて令和2、12月下旬に勝山病院に入院させることができ、現在入院中で精神面も落ち着いている。歩行状態悪く車椅子移動のため歩行のリハビリしている。食事は自力摂取、入浴は介助浴、排泄は紙おむつ使用し、全介助。退院後は再度施設入所を検討しているため介護申請。以前の入所施設は令和3.1月頃に既に退所している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     ※前回調査時から今回までの入院・骨折歴を記入してください。                      ※状態が変化した前後の本人の様子や家族が困っていること・手間となっていることを記入してください。                 </div>															
過去1年間の 入退院の状況	<table border="1"> <tr> <td>勝山 病院</td> <td>期間</td> <td>R3.8.2~R3.12下旬</td> <td>理由</td> <td>( 手足浮腫・精神不穏 )</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>期間</td> <td>~</td> <td>理由</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>病院</td> <td>期間</td> <td>~</td> <td>理由</td> <td>( )</td> </tr> </table> ※現在リハビリ中(歩行器歩行)施設入所検討のため結果待ちの施設入所決まったら退院予定。	勝山 病院	期間	R3.8.2~R3.12下旬	理由	( 手足浮腫・精神不穏 )	病院	期間	~	理由	( )	病院	期間	~	理由	( )
勝山 病院	期間	R3.8.2~R3.12下旬	理由	( 手足浮腫・精神不穏 )												
病院	期間	~	理由	( )												
病院	期間	~	理由	( )												
障害者手帳の有無	有 ( 身体 ・ 知的 ・ <b>精神</b> ) 無															

介護保険サービスを (  今後希望する ・  現在利用している )

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護・訪問看護・訪問リハ	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス・デイケア	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
<input type="checkbox"/> ショートステイ	( 月 日 ~ 月 日 )						
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 (歩行器)	<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 (手摺り )					
<input type="checkbox"/> 介護保険施設	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> ケアハウス					
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 現在、利用中のサービスなし						
いきがいデイサービスや生活支援ヘルパー、障がい福祉サービスを利用していますか? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( デイサービス・ヘルパー・その他 )							
医療保険を利用したサービスを利用していますか? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 通院リハビリ・訪問看護・訪問リハビリ・その他 )							

★変更申請の方へ★

- (1) 状況の変化 (複数回答可)
- 病気の悪化  体調不良  骨折 (部位 )
- 認知症状の悪化  介護者の状況変化
- (2) 前回認定結果に不服がある
- (3) その他の理由 ( )

★病院に入院中の方へ★

- 主治医と相談ができていますか?  はい  いいえ
- 退院はいつ頃ですか?  予定日: ( / )  未定 ( )
- 退院後の予定は?  在宅  施設入所  医療機関へ転院 (転院先で調査)
- 病状は安定していますか?  はい  いいえ