状態確認票（ 被保険者氏名　　）

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。）
過去１年間の 入退院の状況	病院　期間　　～　　理由（　　） 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　・　精神　）　　無

介護保険サービスを（ □今後希望する ・ □ 現在利用している）

□ 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

□ デイサービス・デイケア　　月曜　火曜　水曜　木曜　金曜　土曜　日曜

□ ショートステイ　　（　　月　　日～　　月　　日）

□ 福祉用具の貸与（　　）□ 福祉用具の購入（　　）□ 住宅改修（　　）

□ 介護保険施設　　□ グループホーム　　□ ケアハウス

□ その他　（　　）□ 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？
□いいえ　　□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？
□いいえ　　□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★

○主治医と相談が出来ていますか？　□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