

記載日 年 月 日

申請者(患者)氏名 \_\_\_\_\_ 記載者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

介護保険の申請…初回/更新(今までの要介護度 \_\_\_\_\_)

認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

◆経過・既往など◆

現在、継続的に診療を受けたり、治療を受けている病院・診療所(医院)がありますか。

病院・医院名/診療科・病名

今までにかかった大きな病気を記入ください。

いつ頃/病気・手術・骨折など。

申請者の利き腕は 右 左 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (おおよそで結構です。)

◆心身の状態に関すること◆ 該当するところに○印してください。

1. ひとりで外出(移動)できますか。 自由にできる(遠くまで・町内まで)・時々・できない(車いす・寝たきり)

2. 何らかの認知症を有していますか。

有しない ・見守りで自立(家庭外のみ・家庭内でも) ・要介護(日中・夜間) ・たえず介護 ・要医療

3. 認知症の中核症状

ひどい物忘れはありますか。 ない ・時々 ・ある  
毎日の生活は自分ひとりの判断や意志でできますか。 できる ・何とか ・できない  
言いたいことを相手に伝えられますか。 伝えられる ・いづらか困難 ・伝えられない

4. 認知症の周辺症状

実際にないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか。 ない ・時々 ・ある  
実際になかったことをあつたように言うことがありますか。 ない ・時々 ・ある  
昼夜が逆転していませんか。 ない ・時々 ・ある  
介護に抵抗又は拒絶することがありますか。 ない ・時々 ・ある  
目的もなく歩き回ったり、外出したりすることがありますか。 ない ・時々 ・ある  
ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか。 ない ・時々 ・ある  
排便後、便器の中をもて遊びますか。 ない ・時々 ・ある  
本来、食べないようなものを食べたり、食べようとして口に入れたりすることがありますか。 ない ・時々 ・ある

裏面にもご記入お願いいたします。

◆身体の状態◆ 該当するところに○印をしてください。

- 手・足・指などに欠損はありませんか。 ない ・ある（部位： ）
- 麻痺や力が入らず、不自由なところがありますか。 ない ・ある（部位： ）
- 関節が動きにくく、不自由なところがありますか。 ない ・ある（部位： ）
- 自分の意志ではない体の動きはありますか。 ない ・ある（部位： ）
- 床ずれ（褥創）がありますか。 ない ・ある（部位： ）
- 皮膚の病気を持っていますか。 ない ・ある（部位： ）

◆生活機能◆

- 屋外を歩けますか。 歩ける ・介助があれば歩ける ・歩けない
- 車いすは使用していますか。 用いていない ・自分で操作 ・他人が操作
- 杖などを使用していますか。 用いていない ・屋外で使用 ・屋内で使用

◆栄養・食事◆

- 食事は自分でできますか。 できる ・何とか ・できない
- 体重は増加傾向ですか。 増加傾向 ・変わらない ・減少傾向
- むせますか。 むせない ・むせる

◆現在、介護する家族が困っていることがあればお書き下さい。◆

◆どのような介護サービスをご希望ですか。◆ ※複数回答が可能です。

在宅サービス

- ・家庭を訪問するサービス ( 訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 訪問入浴介護)
- ・日帰りで通うサービス ( 通所介護 通所リハビリテーション)
- ・短期入所するサービス ( 短期入所生活介護 短期入所療養介護)
- ・福祉用具の貸与・住宅の改修サービス ( 福祉用具の貸与 福祉用具の購入費支給 住宅改修費の支給)
- ・その他 ( 認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護 )  
( 配食サービス )

施設サービス

- 施設サービス ( 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 )  
( 特定施設入居者生活介護 有料老人ホーム )

◆介護サービスに付き、他にご意見、ご希望があればお書き下さい。◆