

介護保険・総合事業対象者 確認表 【 田村市 】

被保険者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
申請者氏名： _____ 続柄(_____) 電話番号： _____
(日中つながるTEL: _____)

1. 家族構成 (家系図)

- (1) 主な介護者
日 中 : 無 ・ 有 (_____)
夜 間 : 無 ・ 有 (_____)
(2) その他(生活環境など)

□・・・男性 ○・・・女性

2. 本人の状況

(1) 心身の状態

総合事業検討

- ① 一人でタクシーや公共交通機関を利用して外出できる。
- ② 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる。
- ③ かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。
- ④ 杖等を利用して一人で歩くことができるが、足腰が弱くなり、ふらつくことが多い。
- ⑤ 交流の機会が半年前に比べて減った。
- ⑥ 膝、股関節の手術後、自宅の環境に合わせた動作訓練等の機能訓練をしたい。
- ⑦ 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。
- ⑧ 杖や歩行器を使用しても一人で歩くことができない。 ⑨ 自宅での入浴ができない。
- ⑩ 認知症の症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)が見られ、内服薬を飲み忘れる。
- ⑪ 寝たきり又は重い認知症である。 ⑫ 悪性疾患や難病などの進行性の疾患がある。
- ⑬ 大きな病気やケガのため、入院中又は療養中である。

【 入院有の場合記入 】

- ① 特別な医療 : 無 ・ 有
- | | | | |
|--------------|--------------------------|---------|---------------|
| 1. 点滴 | 2. 中心静脈栄養 | 3. 透析 | 4. ストーマ(人工肛門) |
| 5. 酸素療法 | 6. 人工呼吸器 | 7. 気管切開 | 8. 疼痛の看護 |
| 9. 経管栄養 | 10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) | | |
| 11. じょくそうの処置 | 12. カテーテル | | |
- ② 退院予定 : 無 ・ 有 (_____ 月 _____ 日)
③ 転院予定 : 無 ・ 有 (_____ 月 _____ 日 医療機関名 _____)

3. 利用希望のサービス

在宅サービス(介護予防・日常生活支援サービス事業 含む)

- | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| 1. 短期集中通所型サービスC | 2. 訪問型サービスB | 3. 訪問型サービスD | 4. 通所型サービスB |
| 5. 訪問介護(ホームヘルプサービス) | 6. 訪問入浴介護 | 7. 訪問リハビリテーション | |
| 8. 居宅療養管理指導 | 9. 訪問看護 | 10. 短期入所生活介護(ショートステイ) | |
| 11. 通所介護(デイサービス) | 12. 通所リハビリテーション(デイケア) | | |
| 13. 住宅改修 | 14. 福祉用具 | | |

施設サービス

- | | | | |
|--------------|-------------|------------|--------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. 介護老人保健施設 | 3. グループホーム | 4. その他 |
|--------------|-------------|------------|--------|