

介護保険新規申請者 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

① 認知の症状： 無 ・ 有（ _____ ）

② 歩行の状況： 自立 ・ 支えが必要（ _____ ） ・ できない

③ 衣服の着脱： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

④ 排泄の状況： 自立 ・ 見守り ・ 全介助

(2) 入院の有無： 無 ・ 有

【 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

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