

申請者(対象者)の状況

(申請日 令和5年 11月 1日)

被保険者番号	住所	旭市二の1920	フリガナ	アサヒ タロウ	生年月日	大・昭
12345			氏名	旭 太郎		〇年 △△月 □□日

(☐一人暮らし ☐高齢者のみ世帯 ☒家族と同居)

申請者の心身の状況	申請が必要になった病気や原因等、困っていること				・病院等からの勧め (あり・なし)	
	自宅の玄関で転倒をし、左足首を骨折。骨折は治ったが、一人では歩けなくなりました。外に出るときは車いすを使っているが、自宅内は狭くて車いすが使えず移動が大変。日中一人になってしまうので心配。				・入院時救急搬送 (あり・なし)	
					・病院でのリハビリ (あり・なし)	
					・第三者行為 (あり・なし)	
	歩 行	☐ 自 立	☐ 杖を使用・つたい歩き	☒ 車椅子・這う	☐ 歩けない	
	排 泄	☐ 自 立	☐ 時々失敗する	☐ 失敗が多い	☒ 常時オムツ使用	
コミュニケーション	☒ 可 能	☐ ある程度可能	☐ 困難な事が多い	☐ できない		
聴 力	☐ 普 通	☒ やや遠い	☐ 耳元で大声で	☐ 全く聞こえない		
認知症	☐ な し	☒ 多少(年齢相当)	☐ 軽度	☐ 中度	☐ 重度	
【更新申請の方】 前回 調査時 と比べて ☐ 良くなった ☐ 変わらない ☐ 悪くなった						
具体的に:						

☒ 利用中または希望するサービス ☐ サービス利用(予定)なし → 利用(予定)ない方の更新は必要ありません。

☐ 訪問介護() 曜日	☐ 通所介護() 曜日	☐ 住宅改修費支給
☐ 訪問入浴() 曜日	☐ 通所リハビリ() 曜日	☐ 居宅療養管理指導
☐ 訪問看護() 曜日	☒ 福祉用具貸与() 品目	☐ 施設等への入所
☐ 訪問リハビリ() 曜日	☐ 短期入所(予定日) ()	
高齢者サービス	☐ おむつ支給	☐ 配食サービス
	☐ 緊急通報装置	
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー)		

窓口に来た方	氏 名:	旭 二郎	(続柄 長男)	電話番号	0479-〇〇-〇〇〇〇
	住 所:	旭市二の1920番地			
調査連絡先	※ 調査立会い希望 (有・無)				
	氏 名:	旭 二郎	(続柄 長男)	日中連絡のとり易い電話番号	
	住 所:	旭市二の1920番地		①	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
			②		
調査場所が現住所と異なる場合(住所又は施設名) (市外の場合は地図添付)					
調査時の注意事項(対応や駐車など)					

受診状況	☒ 定期的に受診	(前回受診日 △月 □日)	☐ 入院(所) 中 (いつから / ~) 病院・施設名() (入院中の病棟名 階 号室) ☐ 退院予定 (月 日頃・未定)
		(次回受診日 月 日)	
	☐ 不定期に受診	(最終受診日 月 日)	
	☐ 未受診	(受診予定日 月 日)	

市記入欄	被保険者証の回収	☐ 有り ☐ 無し	面接者
	給付の制限	☐ 有り ☐ 無し	
	認定切れ申請	☐ 有り ☐ 無し	