

【1】対象者 氏名: _____ [同居家族: 有 無]

【2】現在の状況: 在宅 入院(所)中
 入院(所)先 _____
 いつから _____
 (退院予定日: _____)

【3】調査立会い: 立会い者なし 家族等立会有 病院・施設スタッフ

【立会者連絡先等】

氏名: _____ 続柄(職種): _____

対象者と同じ 入院(所)先と同じ

住所: 〒 _____

電話: _____

【4】結果送付先: 対象者宅 担当ケアマネ 上記別居家族等

その他 : 氏名 _____ 続柄等 _____

電話 _____

住所 〒 _____

【5】サービス利用または希望状況(回) サービス利用(希望)なし

DS _____ 曜日(回) _____ DC _____ 曜日(回) _____

HH _____ 曜日(回) _____ SS _____

介護予防教室 _____ 曜日 _____ その他 _____

【6】<新規申請のみ記入> ※申請に至った主病名の番号を下記より1つ記入→

番号	疾患名	番号	疾患名
1	脳梗塞・脳出血	8	呼吸器疾患
2	認知症	9	悪性新生物(がん)
3	関節疾患	10	視覚・聴覚障害
4	骨折転倒	11	脊髄損傷
5	心疾患	12	その他の疾患()
6	パーキンソン病	13	筋力低下等のため主要疾患なし
7	糖尿病		

【7】その他連絡事項: 身体状況、希望サービスについて

※本人の様子、希望サービス等、注意事項等をご記入ください。