

## ケース情報

日付 \_\_\_\_\_ 受付者 \_\_\_\_\_ 被保険者氏名: \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_  
 来庁者: 本人 配偶者 親族( \_\_\_\_\_ ) 事業所等(名称: \_\_\_\_\_ 担当: \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )

### I 基本情報

所在地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関( _____ ) から( _____ ) に入院、退院目途( _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )
申請経緯	<input type="checkbox"/> 本人または家族の意向 <input type="checkbox"/> 病院関係者の勧め <input type="checkbox"/> 関係機関の勧め・その他( _____ )
疾患名	主疾患( _____ )
受診状況	受診先( _____ ) 最終受診( _____ )
家族構成	【ジェノグラムで表記】 ※本人と同居者は○で囲む。独居の場合は本人だけを○で囲む。 ◎…本人 死亡…黒塗り <input type="checkbox"/> …男性 <input type="checkbox"/> …女性

### II 心身の状況

ADL	室内歩行(移動) → ①できる ②つかまれば可能(伝え歩き・杖等・歩行器等・手引き) ③できない(歩行不可・車いす・リハビリのみ) ④不明・その他( _____ ) 洗身 → ①介助なし ②一部介助( _____ ) ③全介助( _____ ) ④行っていない(清拭のみ・洗身なし) ⑤不明・その他( _____ ) 排泄 → ①介助なし ②一部介助(ズボン等の上げ下げ・拭き取り・パッド等交換・その他) ③全介助(オムツ・カテーテル) ④不明・その他( _____ ) 食事 → ①介助なし ②一部介助 ③全介助 ④不明・その他( _____ )
認知機能	短期記憶 → ①できる ②できない( _____ ) ③不明 認知症の周辺症状 → ①ない ②ある( _____ ) ③不明
特記事項	

※以下は、区分変更(支援新規)申請の場合Ⅲ・Ⅳを記載、新規申請の場合Ⅳを記載してください。

### Ⅲ 利用中のサービス → ( ) 内に曜日・回数・事業所名等記載

在宅	<input type="checkbox"/> 訪問介護( _____ ) <input type="checkbox"/> 通所介護( _____ ) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( _____ ) <input type="checkbox"/> 通所リハ( _____ ) <input type="checkbox"/> 訪問看護( _____ ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴( _____ ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与( _____ ) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入( _____ ) <input type="checkbox"/> 短期入所( _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )
施設 居住場所	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス等 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院等 <input type="checkbox"/> その他

### Ⅳ 新たに利用したい・増やしたいサービス

在宅	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入( _____ ) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
施設 居住場所	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス等 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院等 <input type="checkbox"/> その他

### Ⅳ 認定調査にあたっての注意点等