

状況票 介護保険被保険者証の番号を記入してください。

被保険者氏名を記入してください。

被保険者番号 0100001234		生年月日 昭 明・大・昭 〇年12月 25日	
申請区分に〇印をつけてください。イツカ タロウ		性別 (男) ・ 女 (81歳)	
認定調査対象者氏名 貝塚 太郎	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5 要支援 1 2		
申請区分 前回の要介護認定結果等 新規 区分変更 (更新)	有効期間 〇年 〇月 1日 ~ 〇年 〇月 31日		
訪問調査についての連絡先 (フリガナ) カイツカ ハナコ (続柄) 子 氏名 貝塚 花子 (電話番号) 072-433-〇〇〇〇	訪問調査の連絡日 都合の悪い日が、な め		
調査日について 都合の悪い日が、な あり (月曜日と水曜は 都合が悪い)	訪問調査の日程調整の連絡をさせていただきます。調整をさせていただきますかたの氏名、続柄、電話番号を記入してください。		
調査時立ち会い人 (なしの場合は「なし」と記入) (フリガナ) カイツカ ハナコ オオサカ マルコ (続柄) 氏名 貝塚 花子 (子) 大阪 丸子 (ケアマネ)	現在受けているサービス 訪問調査に、立会していただくかたの氏名、続柄を記入してください。		
(介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプ) 8回/月 訪問型サービス	(介護予防) 通所介護(デイサービス) 通所型サービス	(介護予防) 福祉用具貸与 3品目	小規模多機能型 型居宅介護 (介護予防) 認知症対応型 共同生活介護 地域密着型特 定施設入居者 生活介護
(介護予防) 訪問看護	(介護予防) 短期入所生活介護 (特養等)	住宅改修 (有) ・ 無	
(介護予防) 訪問リハビリテーション	過去に介護保険で住宅改修している場合は、有に〇印を、ない場合は無に〇印をつけてください。		
(介護予防) 居宅療養管理指導	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	(介護予防) 認知症対応型通所介護	
現在、労災を受給されていたり、交通事故が原因で、介護が必要となった場合は「はい」に〇を、そうでない場合は「いいえ」に〇をつけてください。	現在、介護サービスをご利用されているかたは内容を記入してください。	現在、介護サービスをご利用されているかたは内容を記入してください。	はい (いいえ)
介護が必要な状態となった原因は、交通事故等によるものですか。	はい (いいえ)	ある ・ ない ・ 話を聞きたい	
◎新規申請のかたのみおたずねします。認定結果がでるまでにサービスを利用する予定が		現在の状況	
杖を使用して、歩行している 食事は、配膳すれば、自分で食べることができる 入浴は、家族が介助し行っている 排泄は、紙おむつを使用している		現在の状況、生活上、困っていること、持病など、簡単に記入してください。	
認定調査を安全に行うためです。わかる範囲で記入してください。			
その他(調査時留意点等) 難聴あるので、調査時、大きめの声で質問してください			
認定調査日が決まりましたら、ケアマネジャー大阪 (電話400-0000) まで連絡ください			
感染症の有無 当てはまるところに〇印をつけてください。→ (有) ・ 無 ・ わからない ☆有りの場合は具体的に記入してください			
結核 MRSA (黄色ブドウ球菌)			
☆☆☆認定調査場所☆☆☆ 現在生活している場所に調査に伺います。調査場所の住所等詳しく記入してください。			
所在地 貝塚市畠中1丁目18番1号	居場所 自宅 (病院) 施設 その他	電話番号 072-433-〇〇〇〇	
自宅以外は調査場所の名称を記入 〇〇〇病院	入院・入所開始日 〇〇年〇月〇日~	病院・施設・集合住宅等の階数・部屋番号 4階東病棟 303号室	

★介護度は、介護にかかる手間(時間)により判定されますので、非該当や介護度が下がる場合もあります。ご了承ください。

調査依頼	申請日 /	受付番号
------	-------	------