**介護保険　要介護等認定申請に伴う基本情報**〔窓口：高齢者あんしん課　介護認定係〕

|  |  |
| --- | --- |
| **【医療機関名】** |  |
| **【担当者名】** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請希望者** | 氏　　名 | | 様 |
| 生年月日 | | （ 大正 ・ 昭和 ） 年　　　　　月　　　　　日 |
| **入院日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| **退院目途** | 令和　　　　年　　 月 　　日頃 | | |
| **主治医** | 医師 | | |
| **病　歴** |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **身体機能** | 麻痺 | あり　　・　　なし  〔部位〕 | |
| 歩行 | 可　　・　　不可 | |
| **意思の伝達** | 可　　・　　不可  【伝達手段】　□　口頭　□　筆談　□　手話　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **認知症の有無** | あり　　・　　なし | | |
| **周辺症状など** | □判断能力低下　□時間や場所がわからない　□仕事や家事ができなくなる  □話している言葉が理解できない　□記憶障害　□怒りっぽくなった　□妄想  □意欲低下　□うつ状態　□徘徊　□暴力行為　□興奮 | | |
| **訪問調査**  **日程調整者** | □担当医療ソーシャルワーカー  □（　　　　　　階病棟）　（担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **利用したい**  **サービス内容** | □訪問介護　□訪問入浴介護　□訪問看護　□訪問リハビリテーション　□通所介護  □通所リハビリテーション　□短期入所　□小規模多機能型居宅介護  □看護小規模多機能型居宅介護　□福祉用具　□住宅改修　□居宅療養管理指導  □施設入所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |