

受付印

介護保険問診票

この問診票は、これから介護認定申請を進めるうえで、必要な被保険者様の現在の状態や、今までのことについて、あらかじめお聞きするためのものです。分かる範囲でご記入ください。

被保険者番号				フリガナ	ヒマワリ タロウ
1	2	3	4	利用者氏名	ひまわり 太郎

1 介護申請は初めてですか。 はい ・ いいえ

2 現在の状況

1. 現在、どなたかが介助されていますか。

はい ・ いいえ

2. 主な介護者 市川 花子 (続柄 長女)

3. 現在、どのような状況ですか？ (日常生活動作の状況)

食事	1. 一人で食べられる 2. 見守りまたは誰かの手助けが必要 3. 胃ろう
排泄	1. 自分で用をたせる (ズボンの上げ下ろしが可能) 2. 用は足せるが、しゃがむと再び立ち上がれない。支えがあれば自分で用が足せる。 3. ほとんど介助 (ズボンの上げ下ろし等) が必要 4. 自分で全く用がたせない (おむつをつけている)
移動 歩行	1. 一人で歩くことができる 2. 歩行器・杖等、補助用具があれば何とか歩ける (場合により這って移動) 3. ほとんど介助 (手を引く、体を支える等) が必要 4. 自分で全く移動ができない、車いす等で移動
衣服の 着脱	1. 自分でできる 2. 見守りまたは誰かの手助けが必要
認知 機能	1. 会話や短期記憶等、スムーズにできる 2. 会話や意思を伝えること等が難しい 3. 目的もなく動き回る、外出すると一人で戻れない 4. 同じ話を何度もしたり、大きな声を出したりする 5. ひどい物忘れがある
その他	※気になることがあれば、ご記入ください。

3. 現在治療中の病気・けがなど【病名の告知 有 ・ 無】

大腿骨骨折 高血圧

③ 現在、入院中ですか？ 今後、入院予定はありますか？

はい ・ いいえ

- いつから（平成31年4月15日～令和元年5月30日）
- 入院することになる(なった)疾患、傷病名（大腿骨骨折）
- 入院までの経過

例：○月○日に自宅にて転倒。立ち上がれないため、救急搬送となり診察の結果、大腿骨骨折と診断される。○か月入院を要する。

④ 介護認定を受けて、どんなサービスを使いたいと思いますか？（主なサービスメニューです）

- 訪問介護：ホームヘルパーが家に訪問し、入浴・排泄・調理等の日常生活上の支援・世話をを行います。
- 通所介護：デイサービスセンターで食事・入浴などのサービスや、機能訓練などを日帰りで受けます。
- 短期入所：介護老人福祉施設などに短期間入所して、食事・入浴などの介護や機能訓練が受けられます。
- 歩行器等のレンタル
- 車イス・ベッド等のレンタル（※原則、要介護2以上の方のみの利用制限がありますので必ずご相談ください）
- ポータブルトイレ、入浴用イス等の購入
- 住宅の改修：手すりの取り付け・スロープの設置・洋式便器への取り換え等
- 特別養護老人ホーム等施設入所

⑤ 介護認定がおりた際の決定通知及び被保険者証の送付先をご記入ください。

（※被保険者の住所と違う住所地に転送を希望される場合です）

- 被保険者住所
- 被保険者以外の住所希望（別紙ご記入ください）

【続柄図】

