

様式第4号(指針第6の1)

今回の再調査でご確認させていただく内容は、こちらの用紙に記載してあることが中心となります。

〇〇〇〇」個別状況調査票

被保険者番号	介護保険証被保険者番号10ケタ
前回調査日	年 月 日

調査員氏名	居宅・施設ケアマネージャー、病院相談員	応答者氏名	回答をされた方氏名
居宅介護支援事業所名	ケアプランを依頼している居宅若しくは入院(入所)している施設名	本人との関係	長男・長女等
要介護度	介護保険証に記載の介護度	電話	回答された方の電話番号
認知症の状況及び頻度	具体的な認知症の行動障害として(徘徊・暴力・不潔行為・火の不始末)日常生活に支障をきたす行動が毎日なのか、時々なのか、月に数回程度なのかを記入		
入所希望の背景(該当するもの全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない <input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢のため <input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病のため <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している <input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難 <input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険		
在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用 ◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
施設サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 入所希望の背景の下から2番目(介護保険施設、病院等・・・)その具体的な状況を記入		
入所希望状況	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 生活の場である施設において医療の状況は大変重要となります。今までにかかった大きな病気、手術をされたこと、後遺症等お分かりになる範囲でご記入ください。 ◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他		
機能回復訓練の必要性	◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 有無の確認 有の場合はどの程度必要か。(例えば・・・杖を使用しての歩行訓練)		

【頻度】
◆月1~2回・週1~3回・ほぼ毎日等
【程度】
◆介護困難(常時)
◆多少介護可能(左記項目に該当するが多少介護可能)
◆介護可能(左記項目に該当するがなんとか介護可能)

入所希望の背景として、該当する項目をすべてチェックしてください。できればその状況・頻度等を()にご記入いただくと、よりイメージができますので、お手数ですがよろしくお願いいたします。
※なお不明な点については、後日改めて施設職員よりお電話にて再調査させていただきます。

在宅のサービスを利用されている方で、毎月配布される利用票・利用表別票に記載されている限度額に対する利用状況で判断しますので、直近の利用表別票の写しを一緒にご提出ください

介護保険施設・病院等に入院(入所)されている場合には、退所(退院)する時点での状況を判断してご記入ください

環境の事情により十分な介護が困難である
保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある

何らかの理由によりお鼻・胃から食事をしてる方

尿道に管を入れている方

人工肛門をされている方

血糖管理で注射を打たれている方。

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
 ・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
 ・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。