

現況確認表（受付者、代行申請事業所記入用）

1 担当地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設	被保険者番号	
	被保険者名	

地域包括支援センター名 居宅介護支援事業者名 又は介護保険施設名			
担当の介護支援専門員名 (ケアマネージャー氏名)		連絡先	()

2 現在の状況

<input type="checkbox"/> 在宅（単身世帯・高齢者世帯・同居者あり（他__人）） <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他_____			
<input type="checkbox"/> 入院中（医療機関名：_____） （病状は <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定） 退院後の予定 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所・転院等 施設名：_____ 病院名：_____	入院中 _____ 年 月 日～） 退院予定日 _____ 年 月 日頃） ※病棟（階数・部屋番号）_____		
<input type="checkbox"/> その他_____			

3 サービス利用(希望)状況等

※ サービスの回数は月単位で記入

<input type="checkbox"/> 訪問介護（ 回）（曜日： ）	<input type="checkbox"/> 訪問入浴（ 回）	<input type="checkbox"/> 訪問看護（ 回）	<input type="checkbox"/> 訪問リハ（ 回）
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（ 回）	<input type="checkbox"/> 通所介護（ 回）（曜日： ）	<input type="checkbox"/> 通所リハ（ 回）（曜日： ）	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ 品目）	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入（ 品目）	<input type="checkbox"/> 住宅改修（有・無）	<input type="checkbox"/> 短期入所（ 日）
<input type="checkbox"/> グループホーム（ 日）	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護（ 日）		
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（ 日）	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（ 日）	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	
<input type="checkbox"/> 老人福祉施設（ 日）	<input type="checkbox"/> 老人保健施設（ 日）	<input type="checkbox"/> 療養型医療施設（ 日）	<input type="checkbox"/> 介護医療院（ 日）

4 主治医への受診状況

・ サービスを利用するうえで主たる要因となっている疾病名：_____	
・ 医療機関名：_____	
・ 最終診察日： _____ 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院時）	<input type="checkbox"/> 新規受診予定 （診断命令書 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要）

5 訪問調査時、その他緊急時連絡先

住所 _____	【連絡時間帯】
氏名 _____ 被保険者との続柄： _____	
連絡先（日中の連絡可能先 <input type="checkbox"/> 自宅（ ）－ 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先等（ ）－ （名称： _____）	

6 通知書、被保険者証郵送先

--

7 その他特記すべき事項(現在の状況、今後の希望等)

※訪問希望日時・曜日、調査時の立会い者： 訪問調査先の駐車場の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※認知症の有無：

※ 認定調査実施事業所・施設【酒田市記入欄】

事業所名		備考	<input type="checkbox"/> 有
施設名			<input type="checkbox"/> 無