保険者記入欄	調査日時：	調査場所：	調査員：	立会人：
	保険証回収：	資格者証交付：	受付対応者（包括）：	

身体等の状況調査票

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書に添付してください。
訪問調査を行う際の参考にさせていただきますので、以下の記入についてご協力をお願いいたします。

申請日：　令和　　年　　月　　日　　申請区分：　新規（介護）　・　更新　・　変更

【１】被保険者（ご本人）についてお伺いします。

ふりがな お名前		性別	男　・　女	電話番号	
生年月日	明治　・　大正　・　昭和 年　　月　　日生（　　歳）			世帯主名	
住　　所	大河原町				

【２】この調査票を記入した方についてお伺いします。

ふりがな お名前		続　　柄	
住　　所		電話番号	

【３】身体の状況についてお伺いいたします。（該当する番号に〇を付けてください）

①　歩　行	②　食　事	③　着替え
１．一人で歩ける ２．杖を使って一人で歩ける ３．介助すれば歩ける ４．歩けない	１．一人で食べられる ２．一部手助けが必要 ３．全面的に手助けが必要	１．一人でできる ２．手をかせばできる ３．全面的に手助けが必要
④　入　浴	**⑤　トイレ**	**⑥　家　事**
１．一人でできる ２．体を洗うなど手助けが必要 ３．全面的に手助けが必要	１．一人でできる ２．一部手助けが必要 ３．全面的に手助けが必要 （おむつ使用：　有　・　無　）	１．一人でできる ２．一部手助けが必要 ３．できない

⑦　外　出	⑧　会　話
１．一人で外出することができる ２．介助があれば外に出ることができる ３．家の中だけの生活で外出するのが難しい ４．寝たきり（１日中ベッド上で過ごしている）	１．普通である ２．時々通じない事がある ３．ほとんど通じない

⑨　認　知　症	
１．ないと思う	３．軽い認知症があると思う
２．生活に支障はないが何となくおかしい	４．かなり認知症が進んでいると思う

～裏面も記入してください～

【４】いままでにかかった病気はありますか？（該当する番号に〇をつけてください）

1 脳血管疾患　2 リウマチ　3 高血圧症　4 心臓病　5 喘息　6 骨折

7 糖尿病　8 老衰　9 認知症　10 その他（病名：　　）

【５】ご本人は現在ご自宅で生活されていますか？

1 は　い

2 いいえ　⇒　病院・施設名等　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

いつからですか？　：　　年　　月頃から

【６】訪問調査に立ち会っていただく方（ご本人の状態をご存じの方・お世話されている方）について

ふりがな お 名 前		本人との続柄	
電話番号		日中の連絡先	

【７】病気や認知症などのことをご本人の前でお話ししても構いませんか？

1 は　い

2 いいえ　⇒　□　本人の調査の前に話したい。
□　本人の調査が終わってから話したい。

（具体的に）

【８】現在利用しているサービスがあれば、下記の該当番号に〇をつけてください。

また、今後利用したいサービスがあれば下記の番号に◎をつけてください。

1 ホームヘルプサービス（訪問介護）　2 訪問看護　3 訪問入浴

4 ショートステイ（短期入所）　5 住宅改修

6 デイサービス　（通所介護）　＜利用曜日：　　曜日＞

7 デイケア　（通所リハビリ）　＜利用曜日：　　曜日＞

8 福祉用具貸与 ＜種目：　　＞　9 福祉用具購入 ＜種目：　　＞

10 施設入所　11 その他　＜内容：　　＞

【９】要介護（要支援）認定の申請をすることを主治医に事前相談していますか？

1 は　い　2 いいえ