

◎ 調査連絡の際に必要です。できる限り詳細にご記入をお願いします。

| | | | | | | | |
|------------------------|--|-----------|---|-----------------------------------|---|----------------|--|
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 (配偶者・子・孫) その他: () <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 立会 | <input checked="" type="checkbox"/> 家族立会可 (同居・別居) | | | <input type="checkbox"/> 家族以外の立会人 | | | |
| 家族連絡先 | フリガナ氏名 <u>広域 次郎</u> 続柄 (<u>次男</u>) 電話番号 <u>090-0000-0000</u> ※9時~17時の時間帯に転記される電話番号をご記入ください。 連絡可能時間 (<u>午前中</u>) 平日、日中の連絡先を記入してください。 | | | 家族以外の立会人連絡先 | フリガナ氏名 () ご関係 () 電話番号 () 連絡可能時間 () ※家族以外無をご記入 【家族連絡】 要 ・ 不要 | | |
| | ※ <input checked="" type="checkbox"/> 上記家族の方と立会人が同じ (チェックをつける) ※上記家族と立会人が異なる場合は下記事項をご記入ください。 フリガナ氏名 () 電話番号 () 連絡可能時間 () 上記家族の方と立会人が同じ場合は、<input type="checkbox"/>にチェックをつけてください。 | | | | | | |
| 現在いる場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 名称: <u>連合総合病院</u> (2階 202号室) 所在地: <u>佐賀市〇〇四丁目3番2号</u> (TEL <u>〇〇-〇〇〇〇</u>) 入院・入所日: <u>令和7年10月5日</u> 退院・退所予定: <input checked="" type="checkbox"/> あり (<u>11月15日</u>) ・ なし | | | 調査場所 | <input type="checkbox"/> 左記と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 名称: <u>自宅</u> 所在地: <u>佐賀市白山2丁目1番12号</u> (TEL ()) 駐車場所 <input checked="" type="checkbox"/> あり () ・ なし | | |
| | 過去1カ月以内の退院・退所 | | | | あり () ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 今後1カ月間の都合の悪い日 (本人・立会者) | | | あり () ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 本人の状況 | 申請経緯 (介護を必要とされる理由、傷病名、介護者の有無等を記入してください。) <u>令和7年10月5日、自宅で転倒し左大腿骨骨折にて手術を行い入院。リハビリでは歩行器歩行。ふらつきあり、病棟内は車イスを自走している。排泄はオムツ着用しベッド横のポータブルトイレで行い、時折失禁も見られている。</u> <u>身体面、徐々に回復してきてはいるが、入院後より認知面の低下が進み、同じ話の繰り返しや夜間大声で叫んだり、介助中に手を振り払ったり等見られている。</u> <u>11月15日 自宅退院予定。</u> | | | | | | |
| | ※面接時に本人の前で配慮すべきこと/気になること (例: 物忘れ、病気、排泄等) 聞き取りづらいと立腹するため、大きな声で話してください。 | | | | | | |
| サービス利用状況 | 種類 | 回数 | 内自費回数 | 曜日 | 事業所名 | TEL | |
| | <u>デイサービス</u> | <u>/月</u> | <u>/月</u> | <u>月火水木金土日</u> | <u>デイサービスレngo</u> | <u>00-0000</u> | |
| | 現在利用されているサービスをご記入ください。 | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 福祉用具貸与 | | | | | |
| | 福祉用具購入 | | | | ※ 過去半年間の状況 | | |
| | 住宅改修 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <u>令和6年1月 風呂場に手すり設置</u> | | () ・ なし | |
| 希望するサービス | <u>デイケア</u> 伝えておきたいことや特記事項などあれば、記入してください。 | | | | | | |
| 備考 | <u>デイサービスは、入院前に週1回利用していた。</u> | | | | | | |
| 受付欄 | <input type="checkbox"/> 佐賀中部広域連合 認定審査課 <input type="checkbox"/> 市・町 課 | | | 氏名 | | | |