

## 入院状況確認票

入院中に介護保険の申請をされる方は「申請書」を記入する前に以下の設問にご回答ください。  
ただし、下記設問1～3のうち、ひとつでも「いいえ」がある場合は、現時点での申請をお受けできない場合がありますので、まずは市介護保険課職員にご相談ください。

記入者氏名	駿河 花子	(本人との関係: 長女)
対象者氏名	沼津 太郎	(被保険者番号: 0000999999)
1	治療が終了、またはリハビリがゴールに近づき、概ねの退院予定は決まっていますか?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
2	その退院予定日は、今から概ね1カ月以内ですか?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
※「はい」の方は、退院予定日を記入してください。 ○○年 11月 1日ころ		
3	退院後の方向性（施設入所、在宅介護など）は概ね決まっていますか?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
<p>上記設問がすべて「はい」の方で</p> <p>★認定のための調査を病院(入院中)で希望される場合は、下記の注意事項をお読みください。</p> <p>★認定のための調査を退院後に自宅で希望される場合は、4の設問におすすみください。</p> <p>介護度は主に日常における介護の手間によって判定されるものです。非日常である病院で調査を行う場合、日頃と介護状況や環境が異なることにより、現状に見合った介護度が出にくくなります。そのため、有効期間を通常6か月とし、更新時に介護度の見直しを行います。その際、対象者の状態に変化がなくても、介護度が変わる可能性が高くなります。</p> <p>なお、病院での調査を希望された場合であっても、治療状況や退院日、調査の混雑状況等により、自宅や入所先での調査をお願いする場合があります。</p> <p>入院中の調査について上記注意事項をご理解いただき、□にレ点の上、下記の設問におすすみください。 <input checked="" type="checkbox"/></p>		
4	現在の病院への入院時期と、入院の原因となった傷病名をご記入ください。	
病院名 ( ○○リハビリ病院 ) 入院日 ( ○○年 8月 10日 ) 傷病名 ( 脳梗塞 ) ※現在の病院がリハビリ目的での転院先である場合は、以前入院していた病院名と、入院時期を記入してください		
病院名 ( ○○脳神経外科病病院 ) 入院日 ( ○○年 7月 10日 ) 傷病名 ( 脳梗塞 )		
5	今回の申請は、主にどなたの判断によるものですか? あてはまる人に○をつけてください。	
ソーシャルワーカー・ <input checked="" type="radio"/> 主治医・ <input type="radio"/> 看護師・ <input type="radio"/> 本人又は家族・ <input type="radio"/> ケアマネージャー・その他		
6	現在受けている医療処置で、あてはまるものに○をつけてください。(治療中の場合は調査を実施できない場合があります)	
<input checked="" type="radio"/> なし・ <input type="radio"/> 点滴・ <input type="radio"/> 中心静脈栄養・ <input type="radio"/> 透析・ <input type="radio"/> ストーマの処置・ <input type="radio"/> 酸素療法・ <input type="radio"/> レスピレーター・ <input type="radio"/> 気管切開の処置 <input type="radio"/> 疼痛の看護・ <input type="radio"/> 経管栄養・ <input type="radio"/> モニター測定・ <input type="radio"/> じょくそうの処置・ <input type="radio"/> カテーテル		
7	退院後は、在宅で生活される予定ですか?	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
※「はい」の方は、サービス利用についてケアマネージャーに相談済みですか?		<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
8	退院後は、施設等への入所を予定していますか?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
※「はい」の方は、分かる範囲で予定している施設の種類に○をつけてください		
特養・ <input checked="" type="radio"/> 老健・ <input type="radio"/> 介護療養型病院・ <input type="radio"/> 有料老人ホーム・ <input type="radio"/> サービス付き高齢者住宅・その他の施設		
9	退院の相談窓口となっている病院スタッフがいたら、その方の職種と氏名をご記入ください。	
職種: <input checked="" type="radio"/> ソーシャルワーカー・ <input type="radio"/> 看護師・その他 ( ) 氏名: <u>富士 山太郎</u>		

(職員記入欄) 入院中に調査を行う場合の注意事項の説明 (申請受付時) 済 未