

変更

○ 訪問調査時の同席について → ☐ 同席なし ☒ 同席あり※		被保険者番号	1000000001
※同席ありの場合のみ、同席者の氏名等をご記入ください。		西東京 花子	
フリガナ	ニシトウキョウ タロウ	住所(市区町村名まで)	
同席者氏名	西東京 太郎	〇〇県△△市	

○ 日程調整をさせていただき方の氏名・連絡先等をご記入ください。

日程調整連絡先	☐ 本人 ☒ 同席者と同じ ☐ その他(本人との関係: 氏名:)
	① (090 - 1111 - 1111) ② (042 - 420 - 2816)

○ 訪問調査は、原則平日(月曜日から金曜日)の日中に行います。以下にご都合の悪い日をご記入ください。

☐ 特になし(いつでも良い)	都合の悪い日時⇒(月曜日の午前中)
---------------------------------------	---------------------

○ 訪問調査の参考にさせていただくため、ご本人の情報を記入してください。

変更理由	☐ 状態改善 ☒ 状態悪化
申請の経緯と現在の状況	変更申請が必要になった経緯と身体・心身状況(前回の認定から、どこが・どのように・いつから悪化(改善)したか等) ○主な疾病名:() 一週間前に転倒し、右大腿骨骨折した。現在入院中。○月○日手術予定。退院後は家族宅で生活する予定。デイサービスの回数増回と自宅に手すりを取り付けるため変更申請を行う。
本人の状態	家族状況: ☐ 一人暮らし ☐ 同居(夫婦) ☒ その他(息子と同居等) 息子と同居 歩行: ☐ 支障なし ☒ 支障あり⇒(☐ 杖や歩行器等を) 認知: ☒ 支障なし ☐ 支障あり⇒(☐ 物忘れ ☐ 直前の) コミュニケーション ☐ 支障なし ☒ 支障あり⇒(☐ 難聴) 排泄: ☐ 支障なし ☒ 支障あり⇒(☒ 常に紙おむつ着用 ☐ 夜間のみ紙おむつ着用 ☐ その他)
現在利用中のサービス	☐ 利用していない ☒ 在宅サービス ☐ 訪問介護(ヘルパー) ☐ 訪問看護 ☒ 通所介護(デイサービス) ☐ リハビリテーション(訪問、通所) ☒ 福祉用具貸与 ☐ 住宅改修 ☐ 短期入所(ショートステイ) ☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他() ☐ 施設入所中
今後増やす予定のサービス	(デイサービスの回数増、住宅改修(手すり))
現在の生活場所	☐ 自宅(住民票の住所) ☒ 病院に入院中 ☐ 施設に入所中 ☐ その他(家族宅・ショートステイ等) ※自宅以外にチェックを入れた方は必ず以下もご記入 ・病院名、施設名、家族名等 〇〇病院 ・所在地 〒 188-0012 西東京市南町5-6-13 ・電話番号 042-439-4425 ・病棟など(△△△ 病棟 階 科) (不明) ・期間(令和〇 年 〇 月 〇〇 日~ 令和〇 年 〇 月 〇〇 日・未定)
調査に伺う場所	☐ 現在の生活場所と同じ ☒ その他⇒場所(家族宅:西東京 太郎) 所在地(西東京市中町1-5-1) 電話番号(090 - 1111 - 1111)

○ 担当、あるいは提出代行の地域包括支援センター職員や介護支援専門員(ケアマネジャー)

包括名・事業所名	【 包括 ・ 居宅 】
担当者名・担当ケアマネジャー名	電話番号

※本人の住所地において認定結果通知等の管理が困難な場合は、別途送付先変更届を提出してください。

以下市処理欄(記入しないでください)

提出者	☐ 本人
	☐ 家族
	☐ 地域包括支援センター
	☐ 担当ケアマネジャー
	☐ その他()

状況	☐ 取り下げ区変(要介護度: →)
	☐ 第2号被保険者
	☐ 特定疾病 ()
	☐ 同時調査(夫婦・兄弟姉妹・親子・その他)