

【高齢者等調査票】

— 連絡先情報 —

<緊急連絡先> ※ 緊急時に連絡が取れる方について、必ず記載してください。

フリガナ	生年月日	年	月	日	交流頻度	合鍵保管
氏名	電話番号	自宅			電話	□有
		携帯			□年 □月 □週	
住所	□ 利用者と同じ(記入不要)			続柄	会う	□無
					□年 □月 □週	
					□疎遠	
フリガナ	生年月日	年	月	日	交流頻度	合鍵保管
氏名	電話番号	自宅			電話	□有
		携帯			□年 □月 □週	
住所	□ 利用者と同じ(記入不要)			続柄	会う	□無
					□年 □月 □週	
					□疎遠	

※ 緊急通報システム設置事業で「安全センター」をご利用する場合、上記緊急連絡先が『緊急協力員』となり、決定通知書を送付します。申請代行者は、緊急協力員の方に対し、必ず事業の内容を説明し、緊急時の駆け付け対応をお願いすることについて同意を得てください。

<家族> ※ 上記以外の方について記載してください。

フリガナ	生年月日	年	月	日	交流頻度	合鍵保管
氏名	電話番号	自宅			電話	□有
		携帯			□年 □月 □週	
住所	□ 利用者と同じ(記入不要)			続柄	会う	□無
					□年 □月 □週	
					□疎遠	
フリガナ	生年月日	年	月	日	交流頻度	合鍵保管
氏名	電話番号	自宅			電話	□有
		携帯			□年 □月 □週	
住所	□ 利用者と同じ(記入不要)			続柄	会う	□無
					□年 □月 □週	
					□疎遠	
フリガナ	生年月日	年	月	日	交流頻度	合鍵保管
氏名	電話番号	自宅			電話	□有
		携帯			□年 □月 □週	
住所	□ 利用者と同じ(記入不要)			続柄	会う	□無
					□年 □月 □週	
					□疎遠	

<親族・知人・支援者等の状況> ※ 家族がいない方や遠方に居住している方は、特に記載をお願いします。

フリガナ	生年月日	年	月	日	交流頻度	合鍵保管
氏名	電話番号	自宅			電話	□有
		携帯			□年 □月 □週	
住所	□ 利用者と同じ(記入不要)			続柄	会う	□無
					□年 □月 □週	
					□疎遠	
フリガナ	生年月日	年	月	日	交流頻度	合鍵保管
氏名	電話番号	自宅			電話	□有
		携帯			□年 □月 □週	
住所	□ 利用者と同じ(記入不要)			続柄	会う	□無
					□年 □月 □週	
					□疎遠	

－ 本人基本情報 －

< 現病歴・既往歴 > 通院している 往診を受けている 通院なし 入院中(病院:)

	病 名	発 症 年 月 日	病 院 名	通院状況等(現在の状況)
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		

< 要介護認定・各種手帳・サービス等利用状況 >

要 介 護 認 定	要 介 護 度	認 定 有 効 期 間	利用中の高齢者福祉サービス					
<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日)	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 事業対象者	年 月 ～ 年 月	<input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> 食の自立支援 <input type="checkbox"/> ごみ出し支援	<input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 除雪サービス <input type="checkbox"/> その他()				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種 級)	障がい名:						
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (級)	療 育 手 帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B)					
入 所 先 施 設								
利用中の介護保険等サービス及び事業所								
週 間 日 程	月	火	水	木	金	土	日	備考

－ 申請理由 －

※ 申請理由について、申請に至った経過や、本人の状況・解決すべき課題等、詳細に記載してください。
(「11 介護用品給付券支給」・「13 食の自立支援」を除く全ての事業で、記載が必要です。)

< 事業別確認項目 > ※ 今回申請する事業の確認事項にチェック☑及び必要事項を記載してください。

	事 業 名	項 目	確 認 事 項
1	生活管理指導短期宿泊	施 設	<input type="checkbox"/> 北見老人ホーム <input type="checkbox"/> 静楽園
2	高齢者日常生活用具給付	用 具	<input type="checkbox"/> 電磁調理器 <input type="checkbox"/> 火災警報器
3	高齢者補装具交付	補 装 具	<input type="checkbox"/> 安全杖 <input type="checkbox"/> 補聴器
4	緊急通報システム設置	(※)	※ 別途「北見市緊急通報システム設置事業 確認票」を添付
5	高齢者安否確認	趣味・活動等	曜日() 活動内容 ()
		町 内 会	() 町内会 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 不明
6	除雪サービス	ス ト ー ブ	<input type="checkbox"/> 灯油 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他()
		排 気 口 位 置	<input type="checkbox"/> ストープと水平 <input type="checkbox"/> ストープより上部 <input type="checkbox"/> なし
		人工透析治療	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		玄 関 ～ 公 道	約 m
		町 内 会	() 町内会 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 不明
7	訪問理美容サービス	利 用 店	
8	短期入所生活介護	(※)	※ 別途「北見市短期入所生活介護事業申請書」を添付
9	寝たきり高齢者等施設入浴サービス	(※)	※ 別途「健康診断書」もしくはその他医師からの指示がわかる書類を添付
10	寝具乾燥サービス		
11	介護用品給付券支給	給付券送付先	氏名(主介護者) :
			続 柄 :
12	認知症高齢者位置検索サービス支援	事 業 所	<input type="checkbox"/> ココセコム <input type="checkbox"/> おさんぼさん
		認 知 症 高 齢 者 自 立 度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
13	食の自立支援	(※)	※ 別途「食の自立支援アセスメント票」・「食の自立支援利用調整票」を添付
14	高齢者等ごみ出し支援		