

【 高齢者等調査票 】

記入例

「高齢者安否確認」サービスを申請希望の場合

— 連絡先情報 —

緊急連絡先は必須記載です。詳細に記載してください。

<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	シヤクショ タロウ	生年月日	平成 3 年 1 月 1 日	交流頻度	合鍵保管
氏名	太郎	電話番号	自宅 0157-00-0000 携帯 090-0000-0000	電話 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 週 3 回 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ(記入不要) 北見市〇〇町××番地△△		続柄	長男	会う <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 疎遠
フリガナ	シヤクショ ハナコ	生年月日	昭和 20 年 1 月 1 日	交流頻度	合鍵保管
氏名	市役所 花子	電話番号	自宅 0157-11-1111 携帯 090-1111-1111	電話 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ(記入不要) 北見市〇〇町××番地△△		続柄	姉	会う <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 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。

以下、家族・親族・知人等、上記以外の方の情報をできるだけ詳細に記載してください。

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		電話 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ(記入不要)		続柄	会う <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 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		電話 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ(記入不要)		続柄	会う <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 疎遠	

<親族・知人・支援者等の状況> ※ 家族がいなく、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		電話 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所			続柄	会う <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 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		電話 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所			続柄	会う <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 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: ○○病院)

病名	発症年月日	病院名	通院状況等(現在の状況)
1 転倒による右腕打撲	令和 3 年 4 月 1 日	○○病院	R3.4.1~○○病院に入院中
2 房室ブロック(ペースメーカー)	平成 26 年 5 月 1 日	△△病院	経過観察で定期的に受診
3 骨粗鬆症	平成 27 年 6 月 1 日	××病院	2か月に1度通院

< 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 checked="" type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援(1) <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 事業対象者	令和 2 年 3 月 ~ 令和 3 年 4 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり	(1 種 1 級)	障がい名: 房室ブロック(ペースメーカー埋込術後)	
精神障害者保健福祉手帳	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(級)	療育手帳	<input checked="" 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
		ヘルパー (○○事業所) 10:00~11:00		デイサービス (△△事業所) 13:30~15:00
詳細に記載してください。安否確認等連絡がとれない場合、状況によって直近のサービス提供事業所に連絡をする場合があります。				

一 申請理由

重要 理由について、申請に至った経過や、本人の状況・解決策について、「11 介護用品給付券支給」・「13 食の自立支援」を

本人基本情報及び申請理由によりサービス利用が可能か審査しますので、詳細を記載してください。

独居にて生活中。市内に長男が住んでいるが、就労中のため頻回に訪問できない。また市内に住む姉もおり、月に1回程訪問することはあるが姉も高齢のため支援等は難しい。本日、外出時に転倒し救急搬送された経過もあり(本日中に退院)、本人今後の生活に不安を感じサービスの利用を希望。今後も在宅生活を希望しており介護保険サービスや高齢者福祉サービスを利用しつつ、自分でできる事は行い生活していきたいと考えている。

< 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	申請するサービスの必要事項の記載、また、必要に応じ添付書類の提出をお願いします。
3 高齢者補装具交付	補装具	
4 緊急通報システム設置	(※)	
5 高齢者安否確認	趣味・活動等 町内会	
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"/> ストーブと水平 <input type="checkbox"/> ストーブより上部 <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
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		