認定申請をされる方への確認事項

注 意 ☆ 医療機関入院中の方で、しばらく退院や施設入所等介護保険サービスの利用予定のない方は、申請の必要があるか主治医の先生やケアマネジャー等にご相談ください。
☆ 身の回りのことが自分で出来る方で、現在サービスの利用がない方は、利用を希望される時に申請されるのが望ましいと思われますので、介護保険担当窓口にご相談ください。

※ ご家族またはご本人がご記入の上、申請書と一緒にご提出ください。

<table>
<tr><td>被保険者
（調査対象者）
氏 名</td><td></td><td>申請者
氏 名</td><td>事業所の場合は記入不要
続柄（ ）
電話番号</td></tr>
<tr><td>現在の状態</td><td colspan="3">（1） 現在の心身の状況（生活の状況）をお書きください。
（例：杖をついて歩いている、トイレの失敗が増えてきた、着替えの順番が分からない）

（2） どのような介護保険サービスを必要とされているか、わかる範囲でお書きください。
☐ 訪問介護（家事・身体） ☐ 通所介護・通所リハ ☐ 施設入所 ☐ 福祉用具
☐ 住宅改修 ☐ その他（ ）</td></tr>
<tr><td>調査場所</td><td colspan="3">☐ 自宅（住所地と同じ）
☐ 入院中 ： 医療機関名（ ）病室番号（ ）
退院予定あり 月 日頃
☐ 施設入所中 ： 施設名（ ）
退所予定あり 月 日頃
☐ その他（ ）</td></tr>
<tr><td>調査時間</td><td colspan="3">調査に都合の悪い曜日・時間帯がある場合は、該当欄に×印を記入してください。
（※ 調査時間は、1時間程度です。）
<table><tr><td colspan="2">月曜日</td><td colspan="2">火曜日</td><td colspan="2">水曜日</td><td colspan="2">木曜日</td><td colspan="2">金曜日</td></tr><tr><td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>☐ 左記により調整が必要
☐ いつでもよい</td></tr>
<tr><td>調査の
同席者</td><td colspan="3">（1） 調査への同席 ☐ 同席あり ☐ 同席なし
※ より正確な調査のため本人の状態や介護状況をよく知る方の同席をお願いします。
※ 調査時、同席者が不在の場合は、下記連絡先へお電話をさせていただきます。
<table><tr><td>フ リ ガ ナ</td><td></td><td rowspan="2">被保険者との関係</td><td rowspan="2"></td></tr><tr><td>同席者氏名</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2"><u>日中</u>の連絡先</td><td>電話</td><td></td><td>自宅 ・ 勤務先 ・
その他（ ）</td></tr><tr><td>携帯電話</td><td></td><td></td></tr></table>（2） 調査時の注意点など（例：本人の前で話にくいことがある、病名を告知していない）
（ ）</td></tr>
<tr><td>主治医（意見書）について</td><td colspan="3">☐ 定期受診中（次回受診 月 日頃） ☐ 定期受診なし ☐ 入院中
※ 意見書に係る書類は、1週間程で主治医の先生の手元に届きます。ご本人やご家族からも主治医の先生に依頼するとともに介護に要する手間等を伝えましょう。</td></tr>
</table>