

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。

本人 (調査対象者) 氏名		申請者 氏名	事業所の場合は記入不要 <div style="text-align: right;">本人との関係 ()</div> <div style="text-align: right;">電話番号</div>																														
現在の状態	<p>(1) 現在の心身の状況(生活の状況)をお書きください。 (例:杖について歩いている、トイレの失敗が増えてきた、着替えの順番が分からない)</p> <p>(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。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 訪問介護(家事・身体) <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他() </div>																																
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住所地と同じ) <input type="checkbox"/> 入院中：医療機関名()病室番号() 退院予定あり 月 日頃 <input type="checkbox"/> 施設入所中：施設名() 退所予定あり 月 日頃 <input type="checkbox"/> その他()																																
調査時間	<p>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。)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">月曜日</th> <th colspan="2">火曜日</th> <th colspan="2">水曜日</th> <th colspan="2">木曜日</th> <th colspan="2">金曜日</th> </tr> <tr> <th>午前</th><th>午後</th> <th>午前</th><th>午後</th> <th>午前</th><th>午後</th> <th>午前</th><th>午後</th> <th>午前</th><th>午後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 左記により調整が必要 <input type="checkbox"/> いつでもよい </div>			月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後										
月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日																									
午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後																								
調査の同席者	<p>(1) 調査への同席 <input type="checkbox"/> 同席あり <input type="checkbox"/> 同席なし</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">フリガナ</td> <td colspan="2" style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;">本人との関係</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>同席者氏名</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><u>日中の連絡先</u></td> <td>電話</td> <td></td> <td colspan="2">自宅・勤務先・その他()</td> </tr> <tr> <td>携帯電話</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(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)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			フリガナ			本人との関係		同席者氏名					<u>日中の連絡先</u>	電話		自宅・勤務先・その他()		携帯電話														
フリガナ			本人との関係																														
同席者氏名																																	
<u>日中の連絡先</u>	電話		自宅・勤務先・その他()																														
	携帯電話																																
主治医(意見書)について	<input type="checkbox"/> 定期受診中(次回受診 月 日頃) <input type="checkbox"/> 定期受診なし <input type="checkbox"/> 入院中 <p>※ 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。</p>																																