

《記入例》【更新・区分変更】要介護認定申請等に係る確認事項

該当項目口に✓、内容をご記入下さい。※状況により調査日程のご希望に添えない場合がございます。

本人氏名		東串良 太郎						
1. 利用中の介護保険サービス								
※住宅改修		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※福祉用具購入(6ヶ月以内)		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(シャワーチェア)
サービス	事業所名							
<input checked="" type="checkbox"/> ①訪問介護	(週2回 ○○○事業所)							
<input type="checkbox"/> ②訪問看護	() ※医療保険は要確認							
<input type="checkbox"/> ③訪問リハビリ	()							
<input checked="" type="checkbox"/> ④通所介護	(週3回 ○○○事業所)							
<input type="checkbox"/> ⑤通所リハビリ	()							
<input checked="" type="checkbox"/> ⑥ショートステイ	(○○○事業所 ○/○ ~ ○/○)							
<input type="checkbox"/> ⑦その他	()							
<input checked="" type="checkbox"/> ⑧福祉用具貸与	(ベッド・ベッド付属品)							
※下記に該当するサービス番号①～⑦を記入してください。								
区分	月	火	水	木	金	土	日	備考
午前	①			①				
午後		④	④		④			
介護保険外のサービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用あり <input checked="" type="checkbox"/> 訪問給食(夜1 食) <input type="checkbox"/> オムツ支給 <input type="checkbox"/> 保険外レンタル()							
傷病名	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(傷病名: 脊柱管狭窄症) ※有の場合は、特定疾病または生活機能低下の直接となっている傷病名							
2. 調査先(※調査は、土日祝日・年末年始以外、役場の開庁時間帯にお願いします)								
<input type="checkbox"/>	病院	病院名(病棟、相談員等分かる範囲でご記入ください)						
<input type="checkbox"/>	施設	施設名	連絡先			病院受診予定日		
<input checked="" type="checkbox"/>	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	希望日時	午前	午後	(○ 月 ○ 日)		
		<input type="checkbox"/> 自宅以外()	※次回の受診日が2～3週間先になる場合、認定結果が判るまでに時間を要します。早めの認定結果を希望される方は、近日中に受診していただきますようご協力お願い致します。					
3. 認定結果(新しい介護保険被保険者証等)送付先 ※自宅以外の場合、本人もしくは家族の同意が必要です								
<input type="checkbox"/> 自宅		〒 ○○○ - ○○○○						
<input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外(<input checked="" type="checkbox"/> 同意有)		ご住所: ○○市○○○町○○1234			(東串良 花子様方)			
<input type="checkbox"/> 取り置き(<input type="checkbox"/> 同意有)		受取者氏名:						
4. その他の連絡事項								
(例)耳が遠い、筆談が必要、認知症状がみられる、癌と診断、本人に告知なし等								
担当ケアマネジャーの氏名	○○○ ○○				連絡先	090-1234-5678		