

【新規】要介護認定申請等に係る確認事項

該当項目□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			
1. 申請する上での事前確認事項 ※必須			
<input type="checkbox"/> 申請について本人は知っている <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 病院でリハビリ等のサービスを利用していない <input type="checkbox"/> 利用している <small>※医療のリハビリを利用されている方(する予定のある方)は、利用期間中、介護保険のリハビリ利用ができません。詳しくはかかりつけ医にお問い合わせください。</small>			
2. 申請理由			
<input type="checkbox"/> サービスを利用したい(希望のサービス: _____) <input type="checkbox"/> 申請していると安心 <input type="checkbox"/> 生活に不安がある (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 本人の状態が良くない <input type="checkbox"/> 入院している(していた) →入院理由 <input type="checkbox"/> 癌(_____) <input type="checkbox"/> 末期 (告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ※退院日が分かれば記入 (_____ 月 _____ 日予定) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
介護保険外のサービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 訪問給食(_____ 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 type="checkbox"/> 有 (傷病名: _____) <small>※有の場合は、特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名</small>		
会話の支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 要筆談 <input type="checkbox"/> 要手話通訳 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状: _____) <small>※有りの場合、訪問調査時の立会や調査後電話での聞き取りにご協力ください</small>		
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他(_____)		
食事	介助 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
入浴状態	介助 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
排泄状態	介助 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
調査上の留意点	<small>※配慮が必要な事項(本人には伝えていない病状など)</small>		
3. 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) <div style="text-align: right;">連絡先</div>	
<input type="checkbox"/>	施設	施設名 <div style="text-align: right;">連絡先</div>	病院受診予定日 (_____ 月 _____ 日)
<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(_____) <div style="text-align: right;">連絡先</div>	<small>※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。</small>
4. 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 type="checkbox"/> 自宅以外(□同意有) ご住所: _____ (_____ 様方)			

●地域包括支援センターへの相談希望 有 無