

## 《記入例》【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。

<b>本人氏名</b>	東串良 太郎		
<b>1. 申請する上での事前確認事項 ※必須</b>			
※ <input checked="" type="checkbox"/> 申請について本人は知っている <input type="checkbox"/> 知らない ※ <input checked="" 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>			
<b>2. 申請理由</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> サービスを利用したい(希望のサービス: <b>訪問看護</b> ) ) <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 checked="" type="checkbox"/> 入院している(していた) →入院理由 <input checked="" type="checkbox"/> 癌( <b>肺癌</b> ) <input checked="" type="checkbox"/> 末期 ( 告知 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) ※退院日が分かれば記入 ( <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日予定 ) <input type="checkbox"/> その他( )			
<b>介護保険外のサービス</b>	<input type="checkbox"/> 利用なし <input checked="" type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 訪問給食( 食) <input checked="" type="checkbox"/> オムツ支給 <input type="checkbox"/> 保険外レンタル( )		
<b>傷病名</b>	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (傷病名: <b>肺癌</b> ) ) <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>		
<b>会話の支障</b>	<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( )		
<b>認知症状</b>	<input checked="" 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>		
<b>歩行</b>	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他( )		
<b>食事</b>	介助 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 )		
<b>入浴状態</b>	介助 ( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) 声掛けや見守りしている		
<b>排泄状態</b>	介助 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input checked="" type="checkbox"/> オムツ ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
<b>調査上の留意点</b>	※配慮が必要な事項(本人には伝えていない病状など)		
<b>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)</b>			
□	病院	病院名(病棟、相談員等分かる範囲でご記入ください)	
		連絡先	
□	施設	施設名	<b>病院受診予定日</b>
		連絡先	( 月 日 )
□	その他	<input type="checkbox"/> 自宅 <span style="float: right;">連絡先</span> <input type="checkbox"/> 自宅以外( )	<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>
<b>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</b>			
<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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			