

介護保険認定申請書別表

行政区名： _____

世帯主名： _____

1. 受診状況

受診頻度	<input type="checkbox"/> 毎月1回 <input type="checkbox"/> 2か月に1回 <input type="checkbox"/> 3か月に1回 <input type="checkbox"/> 6か月に1回			
前回の受診日	年	月	日 (頃)	次回の受診予定日 令和 年 月 日 (頃)

2. 本人の居所

<input type="checkbox"/> 自宅 (住民登録地)			
自 宅 以 外	<input type="checkbox"/> 病院に入院 <input type="checkbox"/> 施設に入所 <input type="checkbox"/> 家族宅等		
	病院・施設名／家族等氏名	電話番号	()
	所在地・住所	〒	

3. 訪問調査日程調整の連絡先 ※平日の日中に連絡がとれるところを記入して下さい。

氏名	被保険者本人との続柄 ()
電話番号	自宅・勤務先・携帯番号・その他 ()
連絡時間	<input type="checkbox"/> 指定なし (日中) <input type="checkbox"/> 午前中希望 <input type="checkbox"/> お昼頃希望 <input type="checkbox"/> 午後希望
立合い希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (調査日連絡 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)
立会う方	<input type="checkbox"/> 家族 (氏名 続柄：) <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡先・訪問調査時の注意点などがありましたら記入してください。 例) 難聴のため大きな声で調査してください。本人に病名を告知していないため、病名を言わないよう気を付けてほしい。など	

4. 本人の最近の状況

前回認定後からの変化などがあれば記入して下さい。 例) 最近、物忘れがひどくなった。リハビリにより歩行がスムーズに行えるようになった。など
--

5. 担当ケアマネージャー

事業所名		担当者名
------	--	------

6. 介護サービスの利用について

※現在利用しているサービスに✓をしてください。また利用日の記入もお願いします。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	利用日 (月・火・水・木・金・土・日)
<input type="checkbox"/> 訪問看護	利用日 (月・火・水・木・金・土・日)
<input type="checkbox"/> デイサービス (通所介護)	利用日 (月・火・水・木・金・土・日)
<input type="checkbox"/> ショートステイ (短期入所生活介護)	利用(予定)日 (月日 ~ 月日、月日 ~ 月日)
<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> レンタル (品目：)
<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 介護保険外サービス (<input type="checkbox"/> おむつ券 <input type="checkbox"/> タクシー券 <input type="checkbox"/> 介護手当)
<input type="checkbox"/> 現在、介護サービスを利用していない	