介護保険 要介護認定・要支援認定申請時確認事項

〇申請理由について

　□病院からの紹介　　　　□家族または知人からの勧め　　　□今後に備えての申請

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〇被保険者本人の身体状況等について

　　持病　：　　　有　　　・　　　無　　※「有」の場合下記空欄に記載願います。

　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　治療中の疾患等　：　　　有　　　・　　　無　　※「有」の場合下記空欄に記載願います。

　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　既往症　：　　　有　　　・　　　無　　※「有」の場合下記空欄に記載願います。

　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　歩行状況　　　　　自　立　　・　　おおむね自立　　・　　一人では不可

　　　　　　　　　　　特記事項：

　　排泄、排尿状況　　自　立　　・　　おおむね自立　　・　　一人では不可

　　　　　　　　　　　特記事項：

　　食事の状況　　　　自　立　　・　　おおむね自立　　・　　一人では不可

　　　　　　　　　　　特記事項：

　　認知症状の有無　　　有　　　・　　　無

　　　　　　　　　　　特記事項：

　　内服薬の有無　　　　有　　　・　　　無

　　　　　　　　　　　特記事項：

〇介護保険サービス希望について

　　利用希望　　　　有　　・　　無

　　※利用希望「有」の場合のみ下記空欄に記載願います（サービス利用中の際も利用サービスを記載願います、）

　　例）ヘルパーを利用したい、現在検討中など…

〇医療機関について

　入院先の情報について（入院している場合のみ記載願います）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 病室の場所 | 退院予定日（退院見込み） |
|  |  |  |

　通院先の医療機関について（複数ある場合は全て記載願います）

|  |  |
| --- | --- |
| 　医療機関名 | 次回受診予定日 |
|  |  |
|  |  |

〇家族構成について

〇日程調整等について

　調査の同席（１名）：　　　有　　　・　　　無　　　※「有」の場合下記空欄に記載願います。

　　　　　　　　　　　　　（氏名　　　　　　　　　　　　　　）

連絡先　 ：　　　氏名　　　　　　　　（　　　）　電話番号

　　　　　　　　　　　　　 ※連絡のつく時間帯：　　　時　　分　　　～　　　時　　分

〇特記事項

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受付担当：　　　　　　　）