

介護保険 認定申請者情報書

被保険者 (筑紫野 太郎)

申請者情報	<input type="checkbox"/> 本人 1	※氏名: 筑紫野 花子 本人との関係: 長女
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人以外※ 2	住所: ○○市○○1丁目○番地○○ TEL: 080-0000-0000
意見書依頼先 最終受診日	<input checked="" type="checkbox"/> 一か月以内 <input type="checkbox"/> 一か月以上前 次回受診予定 (月 日)	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他 ()	
3 訪問調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人自宅(住民票上の住所地)	
	室内にペットを飼っていますか <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(犬・猫・その他) ※ゲージなどの対策をお願いします	
	<input type="checkbox"/> 入所施設 () <input type="checkbox"/> 入院先病院※ ()	
	※入院に至った経緯 ()	
	転院・退院予定先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () 予定日(月 日 頃)	
	<input type="checkbox"/> その他 () 所在地()	
4 駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 屋根有 <input checked="" type="checkbox"/> 屋根無) ※路上駐車は不可 <input type="checkbox"/> 無	
4 立会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (立会人氏名: 筑紫野 花子 本人との関係: 長女) <input type="checkbox"/> 無	
5 調査日程連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 立会人 <input type="checkbox"/> その他(氏名:) 本人との関係: ()	
	連絡先①TEL(080-0000-0000) / 連絡先②TEL(092-000-0000)	
	※上記の方に連絡が取れない場合 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会人 <input checked="" type="checkbox"/> その他(氏名: 筑紫野 一郎 本人との関係: 長男)	
6 都合の悪い曜日・時間 (通院・デイケア利用等)	連絡先①TEL(090-0000-0000) / 連絡先②TEL(092-000-0000)	
	<input type="checkbox"/> 月 (~) <input checked="" type="checkbox"/> 火 (~) <input type="checkbox"/> 水 (~) <input type="checkbox"/> 木 (~) <input type="checkbox"/> 金 (~) <input type="checkbox"/> 特になし	
※原則平日9:00~15:00	特記事項(調査不可日等) [(例)2/5 通院など:]	
7 本人の心身状況	現在の主な疾患	<input type="checkbox"/> がん(部位:) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 終末期) <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 左大腿骨 / 時期: R8年2月頃) <input checked="" type="checkbox"/> その他治療中の疾患(糖尿病)
	耳が聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 病院で診断あり <input checked="" type="checkbox"/> 診断おぼろげ、物忘れ等が気になる) <input type="checkbox"/> 無
	別室での聞き取り	調査前後に、家族等と別室での聞き取りを、(<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)
	その他	
8 希望する介護サービス	デイサービス・住宅改修(手すり)	
9 医療保険サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> リハビリ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
10 調査時に配慮すること		

※保険者確認欄 月 日

【新規・更新・区分変更】	【転入継続】
<input type="checkbox"/> 保険証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証交付 <input type="checkbox"/> 2号医療保険	<input type="checkbox"/> 転入日から14日以内 <input type="checkbox"/> 負担限度額 <input type="checkbox"/> 2号医療保険 (受付者)

□欄は✓チェックまたは、■黒ぬりでご記入ください。

- 申請者が本人以外の場合は、ご記入ください。
提出代行者は、氏名、本人との関係のみのご記入で構いません。
- 表面主治医欄に記入した医療機関について、
最終受診が1か月以上空いている場合は、次回の受診予定日を記入してください。
- 訪問調査場所が入院先の場合、入院に至った経緯を記入してください。
また、転院・退院予定日が決まっている場合は予定日を記入してください。
※転院予定がある場合や、入院直後など状態が安定していない時期に調査を行うと、退院後の生活状況と認定結果に差が生じる場合がありますので、転院先や状態が落ち着いた時期での調査をご検討ください。
※退院予定日が未定である場合は、原則として退院の見込みが立ってから申請をお願いします。
- 調査の立会いをされる場合は、立会いする方の名前を記入してください。
本人に日頃の様子などを正確に聞き取ることが難しい場合は、必ず立会いをお願いします。
- 調査員が、調査日の日程調整のためお電話をします。
連絡先を、可能な限り2名記入してください。
※電話がつながりにくい場合、認定結果の遅れにつながります。
- 都合の悪い曜日・時間帯が決まっている場合は記入してください。
例1) 毎週月曜日の午前中が通院 → 月 (8:00~12:00)
例2) 毎週火曜日は一日予定がある → 火 (: ~ :)
※終日の場合、時間の記載は不要です。
- 本人の心身状況について記入してください。
本人の前で話しづらい内容がある場合は、別室等で聞き取りを行います。
希望する場合は「希望する」に、希望しない場合は「希望しない」にチェックをしてください。
- 現在利用しているサービスや、今後利用を希望するサービスを記入してください。
※将来に備えるためだけの申請はできません。
介護認定は、介護サービスの利用を前提とした制度です。介護サービスの利用が必要な状況になってから申請してください。
- 医療保険で訪問看護・リハビリを利用している場合は、「有」に、利用していない場合は「無」にチェックをしてください。
要件を満たさない場合は、介護保険が優先となります。医療機関に確認をお願いします。
- 未告知の病気がある場合など、調査時に配慮が必要なことがあれば記入してください。