

申請年月日

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

特定疾病名	
-------	--

本人氏名

☆ 以下に記入してください。

1、本人は介護保険サービスの利用に関して抵抗や拒否はありますか？〔は い・ いいえ〕

※抵抗や拒否がある場合は、認定調査であることを伏せて「高齢者訪問」等の名目で調査を行うこともできますのでご相談ください。

2、希望するサービス内容は？〔訪問介護（ホームヘルプサービス）・通所介護（デイサービス）
住宅改修・福祉用具・施設入所・その他（ ）〕

3、お体の様子についてうかがいます。

① 「歩くこと」は次のどれに当てはまりますか？

〔 支えなしで可能 ・ 何かにつかまれば可能 ・ できない 〕

② 認知症の心配はありますか？

〔 は い ・ いいえ 〕

4、入院中の方についてうかがいます。

① 入院理由を記入してください。

〔 病棟名： _____ 〕

病名： _____

病状： _____

② 現在、どのような治療を受けていますか。

〔 点滴・酸素吸入・経管栄養・リハビリ
その他（ ） 〕

③ 退院の予定はいつ頃ですか。

〔 _____ 月 _____ 日頃 ・ 未定 〕

④ 現在の病院を退院された後は、どのように考えていますか？

〔 在宅 ・ 病院 ・ 施設 ・ その他（ ） 〕

5、認定調査は、ご家族様の同席のもと、平日の日中に自宅で行います。

◇ 日中に必ず連絡の取れる連絡先をご記入ください。（同席する方の携帯電話番号等）

氏名 _____

電話番号 _____

続柄（ ）

◇ 調査を希望する時間帯はいつですか。

〔 午前 ・ 午後 ・ どちらでも良い 〕

※認定調査は自宅で行いますが、退院後すぐに介護サービスを利用する場合には、入院中に調査を行うことが可能です。ただし、入院中の調査を行う場合は病状が安定してからの実施となります。なお、病院での調査は午後2時以降となります。

※申請日から10日以上経っても市役所から連絡がない場合は、市役所高齢福祉課介護保険係までご連絡ください。（TEL 0248-28-5518（直通））

受付者氏名（ ）