



要介護（支援）認定が円滑にできるよう、下記について記入のご協力をお願い致します。

1 今回申請した理由について（該当するものにチェックして下さい。）

<input checked="" type="checkbox"/>	介護保険サービスを利用する（している）ため
<input type="checkbox"/>	その他（理由： _____ ）

◎申請を、どなたかに勧められましたか？

主治医 ・ 民生委員 ・ ケアマネジャー ・ <input checked="" type="checkbox"/> 家族
その他（ _____ ） ・ 勧められていない

2 ご利用になっているサービスはありますか？

（新規申請以外の方はご記入をお願いします。）

（例：ヘルパー 週2回、デイサービス 週3回等）

3 訪問調査について（該当するものにチェックして下さい。）

ア 介護保険の申請をすることを、ご本人は承知していますか？

<input checked="" type="checkbox"/>	承知している
<input type="checkbox"/>	承知していないが、介護保険の調査であることを伝えても差し支えない
<input type="checkbox"/>	承知していないので、介護保険の調査であることをふせてほしい

イ 調査場所について、今後1ヶ月の間で、調査に伺いますので、ご家族の状況やご本人が生活する場所をご記入下さい。

ご家族の状況 ※該当するものに○		・ひとり暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> ・親族と同居 <input type="checkbox"/> ・その他（ _____ ）	
訪問先 ※該当するものに○	1. 自宅 <input checked="" type="checkbox"/>	※住所地と同じ場合は記入不要	
	2. 自宅以外 <input type="checkbox"/>	施設・病院名	
		住所	
		電話番号	（ _____ ） -
	滞在期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 予定	

ウ 調査に同席される方 同席される方の氏名と連絡先を、優先順で記入して下さい。
 【※平日の日中に連絡がとれる電話番号をお願いします。】

① 氏名	所沢 花子	本人との関係	妻	電話	090- 0000 -0000 (自宅・職場・携帯)
		要介護認定の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		- - (自宅・職場・携帯)
② 氏名		同席される方が、 介護保険の認定（要支援1・2、要介護1～5）を お持ちであれば有に、お持ちでなければ無に○をつけてください。			

エ 調査場所付近に駐車スペースはありますか？

<input checked="" type="checkbox"/>	ある	駐車場所 (自宅庭)
	ない	

オ 月～金曜日のうち、調査に何うのに都合の悪い日はいつですか？
 (該当する箇所に×をつけて下さい。)

	月	火	水	木	金
午前	×				
午後			×		

・調査日時は申請後、調査員より
 電話連絡がありますので、調整
 してください。

カ 調査にあたって、ご本人に配慮すべきことはありますか？

また、普段の体調・状況など、事前の伝達事項、注意事項がありましたら
 記入してください。

病名の告知 <input checked="" type="radio"/> 有・無、病名 ()
① 主な疾患や問題になっていることはなんですか？ 右足の骨折
② ご本人の状態であてはまるものに○をしてください (<input type="radio"/>) 外出時に介助が必要 (<input type="radio"/>) 屋内で介助が必要 (介助の必要なものに○) 歩行・ <input checked="" type="radio"/> 食事・ <input checked="" type="radio"/> 排せつ・ <input checked="" type="radio"/> 入浴・その他 () () 認知症の症状がある

4 申請書に記入をしたかかりつけ医療機関（主治医）への受診について。

受診した日	○月 △日	※先生に介護保険の事を話されましたか？ <input checked="" type="radio"/> はい・いいえ
受診予定日	月 日	

5 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへご相談されている方は、
 記入してください。

事業所名	(<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>) 地域包括支援センター	担当者名	○○ ○○
	() 居宅介護事業所		

(受付 :)