認定申請確認票

氏　　名		被保険者番号	1	0	0							

申請理由

☐サービス利用のため　☐病院に勧められたため　☐認定更新のため
☐介護度の（ 重度・ 軽度 ）変更のため　☐第三者行為によるもの

主治医意見書

主治医意見書を記入してもらうことについて、医師の了承を得ましたか？
☐医師に伝え、了承を得ました。　☐　　月　　日に伝える予定です。
※意見書入手に時間がかかる場合がありますので、医師の了承を得てから申請してください。

サービスの利用
※利用しているものに✓

☐訪問介護　☐訪問入浴　☐訪問看護　☐訪問リハビリ
☐デイサービス・デイケア　☐ショートステイ　☐福祉用具レンタル・購入
☐住宅改修　☐その他（　　）

生活の状況

主な病名・生活で困っていること
［　　手術予定あり⇒　　月　　日］
認 知 症　☐なし　☐あり（主な症状：　　）
世帯状況　☐ひとり暮らし　☐夫婦のみ　☐親族と同居　☐その他（　　）

認定調査の都合の悪い曜日

☐月曜日　☐火曜日　☐水曜日　☐木曜日　☐金曜日

調査に立ち会う方

氏名（　　）本人との関係（　　）
要介護認定の有無（ なし ・ あり ）電 話 番 号（　　）

【ご自宅での調査の場合は立ち会いが必要です】
病院や施設での調査の際は、立ち会い希望の場合のみ記入してください。
未記入の場合は、病院や施設関係者の立ち会いとなります。
日程のみ連絡希望（　なし　・　あり　）※ありの場合は、提出代行者に連絡します。

調査の訪問場所
※どちらかに✓

☐住民登録地
　駐　車　場（ なし ・ あり ）

☐入院・入所先・その他
　病院・施設名等：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　所　在　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　電 話 番 号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　退院・転院あり：（　　月　　日　　退院　・　転院　予定 ）
　　└→ 転院の場合：＿＿＿＿＿＿＿＿ に転院
　　所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿

配慮すべきこと

☐介護認定調査であることを伝えないでほしい　☐本人に未告知の病状あり
☐本人の前で話しづらいことがあるため別室での聞き取りを希望　☐筆談希望

調査時の留意点

・調査は、平日(９時３０分から１５時３０分の間)に行います。所要時間は、３０分～１時間程度です。
・立ち会いの方には、日頃の状態をお聞きします。