認定申請確認票　記入例

氏　　名	所沢　太郎	被保険者番号	1	0	0	0	0	0	0	0	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。　☑ **4月　1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（ **居宅管理指導** ）

生活の状況

主な病名・生活で困っていること
［ **右大腿骨頸部骨折、転倒を繰り返している、自宅に手すりをつけたい　など**
手術予定あり⇒　月　日 ］
認知症　□なし　☑あり（主な症状：**すぐ忘れる、同じ話をしつこくする** ）
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（ **所沢　花子** ）　本人との関係（ **子** ）
要介護認定の有無（ (なし) ・ あり ）電話番号（ **１２３－４５６７－８９１０** ）

【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：**〇〇病院**
所在地：**〇〇〇１丁目１－１**
電話番号：**１２－３４５６―７８９０**
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。**