



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・ <u>携帯</u> ) (自宅・職場・携帯)
② 氏名		本人との関係		電話	- - - -	(自宅・職場・携帯) (自宅・職場・携帯)

エ 調査場所付近に駐車スペースはありますか？

✓	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 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

( ○ ) 外出時に介助が必要

( ○ ) 屋内で介助が必要 (介助の必要なものに○)

歩行・食事・排せつ・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？	<u>はい</u> ・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	( ○ ○ ○ ○ ) 地域包括支援センター	担当者名	○○ ○○
	( ) 居宅介護事業所		

( 受付 : )