



保 険 者 記 載 欄	入 力	被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未収 <input type="checkbox"/> 再交付
		資格者証	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 調査 <input type="checkbox"/> 郵送
		調査依頼	<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託
		意見書依頼	<input type="checkbox"/> 郵送

認定調査確認票

新規 **変更**

申請書と併せて提出してください。

被保険者氏名	被保険者番号	0	0	0	0	0							
ケアマネジャーへの確認状況 (区分変更の方)	申請年月日を含め、区分変更申請することをケアマネジャーに相談しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ  <u>相談後の申請をお願いします。</u>												
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他（被保険者本人を含めて 人）									<参考> 別居の子 人			
申請理由	<input type="checkbox"/> 身体機能が低下し介護の手間が増加 <input type="checkbox"/> 病状の悪化 <input type="checkbox"/> 認知機能が低下し介護の手間が増加 <input type="checkbox"/> 主治医や病院の職員からのすすめ <input type="checkbox"/> 末期がん等で急なサービスを要する <input type="checkbox"/> その他（理由： ）												
主な疾患や介護者の方の困りごと													
心身の状況 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 自力で動かせない部位がある。(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他) <input type="checkbox"/> 歩行が不安定、または困難。 <input type="checkbox"/> 見守りや介助が必要。(食事 ・ 着替え ・ 排泄 ・ 入浴) <input type="checkbox"/> 物忘れや火の不始末など、認知機能低下がみられる。 <input type="checkbox"/> 妄想や暴言、徘徊など、重度の認知症状がみられる。 <input type="checkbox"/> その他 ()												
既往歴等 (直近半年間) (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> がん(部位：) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ()												
これから利用 したいサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> その他 ()												
申請書に記入 した主治医 について	① 最終受診日： 年 月 日 (薬のみ取りに行ったものは除く)												
	② 次回受診予定日： 年 月 日頃												
	③ <u>定期的にかかっており、直近3ヶ月以内に一度診てもらっている医師、</u> または、 <u>入院中の病院・入所中の施設</u> で診てもらっている医師ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (④にお進みください) 												
	④ 医師が意見書を書けない場合があります。介護認定の申請をすること (=意見書が必要になること) を、医師にあらかじめ伝えておくことが必要です。 <input type="checkbox"/> 医師に伝え了承を得ました。 <input type="checkbox"/> 月 日に伝える予定です。												

【裏面へ続く】

