

※調査を受けられる方の、状況をご記入下さい

被保険者番号	1234567890	被保険者氏名	雲南 太郎			
申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 更新					
申請のきっかけ (更新の場合は、 記入不要)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の勧め <input type="checkbox"/> 看護師の勧め <input type="checkbox"/> 家族の考え <input type="checkbox"/> その他 ( )					
主治医について (直近3カ月の受 診状況)	<input type="checkbox"/> 受診した <input checked="" type="checkbox"/> 入院中である (病名等: 石大腿骨頸部骨折) <input type="checkbox"/> 受診していない (⇒早急に受診し、主治医に介護保険の申請をした旨をお伝えください)					
被保険者の 居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (住所の記入は不要です。)					
	<input type="checkbox"/> 自宅以外 (親族の家など)		住所: ( ) 様宅			
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中	施設等名	〇〇病院	担当者 (職種に〇)	相談員・看護師・ケアマネ・その他	
				連絡先	47-〇〇〇〇	
		病棟病室番号	3 階	A 病棟	301 号室	
		入院・入所日	令和●年 ●月 ●日	退院予定日	令和●年 ●月 ●日頃 ・ 未定	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅または施設入所中で、状態が安定している <input type="checkbox"/> 入院中だが病状が安定しており、いつでも認定調査が可能とされている <input checked="" type="checkbox"/> 入院・リハビリ中である <input checked="" type="checkbox"/> 手術予定 または 手術直後である (手術日: ▲月 ▲日、手術部位: 人工骨頭置換術術後) <input checked="" type="checkbox"/> 病名・気になる症状等 (入院前より物忘れが悪化した )					
現在利用中の 在宅サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス ( 月 ) 曜日 ・ 訪問サービス ( ) 曜日 ・ 宿泊サービス ( )					
今後利用したい サービス等	福祉用具の購入とレンタル、住宅改修、通所リハビリ					
訪問調査の 同席有無	<input type="checkbox"/> 同席しない 同席できない	※同席がない場合は、被保険者ご本人または入院・入所先の職員様と日程調整し調査を実施します。				
		※必要に応じ、ご家庭等での状況を伺うため調査員が連絡をします。 ご本人の日頃の状況がよくわかる方のご連絡先をご記入ください。				
	氏名: (続柄: 連絡先: )					
	<input checked="" type="checkbox"/> 同席する	同席者名: 雲南 健太 (続柄: 長男 )		日程を決める方のご連絡先 (平日の昼間に確実に連絡がつく電話番号)		
		※固定電話の場合、自宅・職場等いずれかに〇				
優先順位 1		●●●●-●●●●-●●●● (自宅・職場等: )				
優先順位 2	0854-47-7342 (自宅・職場等: )					
備考	日程調整の連絡は、12~13時に携帯電話に連絡希望。着信履歴があれば折り返します。					
受付担当者	課 / 担当者名					