認定申請確認票

※調査を受けられる方の、状況をご記入下さい

<table>
<tr><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請区分</td><td colspan="5">☐新規　☐変更　☐介護　☐更新</td></tr>
<tr><td>申請のきっかけ
（更新の場合は、記入不要）</td><td colspan="5">☐医師の勧め　☐看護師の勧め　☐家族の考え　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>主治医について
（直近3カ月の受診状況）</td><td colspan="5">☐受診した　☐入院中である（病名等：　　）
☐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）</td></tr>
<tr><td rowspan="7">被保険者の居場所</td><td>☐自宅</td><td colspan="4">（住所の記入は不要です。）</td></tr>
<tr><td>☐自宅以外
（親族の家など）</td><td colspan="4">住所：　　（　　）様宅</td></tr>
<tr><td rowspan="5">☐入院・入所中</td><td rowspan="2">施設等名</td><td rowspan="2"></td><td>担当者
（職種に〇）</td><td>（相談員・看護師・ケアマネ・その他）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">病棟病室番号　　階　　病棟　　号室</td></tr>
<tr><td colspan="4">入院・入所日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">退院予定日　　年　　月　　日頃　・　未定</td></tr>
<tr><td>現在の状況</td><td colspan="5">☐在宅または施設入所中で、状態が安定している
☐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言われている
☐入院・リハビリ中である
☐手術予定　または　手術直後である（手術日：　　月　　日、　手術部位：　　）
☐病名・気になる症状等（　　）</td></tr>
<tr><td>現在利用中の在宅サービス</td><td colspan="5">・通所サービス（　　）曜日　・訪問サービス（　　）曜日　・宿泊サービス（　　）</td></tr>
<tr><td>今後利用したいサービス等</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">訪問調査の同席有無

※病院・施設の状況により、希望されても同席できない場合があります。あらかじめご了承ください。</td><td rowspan="2">☐同席しない
同席できない</td><td colspan="4"><u>※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。</u></td></tr>
<tr><td colspan="4">※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。
<u>ご本人の日頃の状況がよくわかる方のご連絡先</u>をご記入ください。
氏名：　　（続柄：　　連絡先：　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">☐同席する</td><td colspan="4">同席者名：　　（続柄：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td>優先順位１</td><td colspan="3">（自宅・職場等：　　）</td></tr>
<tr><td>優先順位２</td><td colspan="3">（自宅・職場等：　　）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受付担当者</td><td colspan="4">課　／　担当者名</td></tr>
</table>