

申請時の状況調査票

受付年月日：平成 年 月 日 受付・連絡者氏名（ ）

申請区分	新規・更新・区分変更
被保険者氏名	
入院中の場合	入院開始日：平成 年 月 日 病名（ ） 退院予定日：平成 年 月 日
調査場所	自宅・自宅以外（ ）
調査の立会い	希望する・希望しない
調査時の立会い者 (連絡先)	氏名： _____ 続柄： _____ 住所： _____ 電話番号： _____ □ (連絡) 希望時間帯： _____ 携帯電話： _____ □ (調査) 都合が悪い日時： _____
同居家族	有・無
認知症状	無・ときどきある・有 (症状： _____)
歩行	安定・不安定 (_____)
意思の疎通	問題なし・耳がとおい・補聴器利用・困難
現在受けているサービスの状況 (サービスを受けている曜日・場所など)	福祉用具 (貸与・販売) 住宅改修 (有・無)
	通所リハビリ(デイケア) 月・火・水・木・金・土・日 場所 (_____)
	通所介護(デイサービス) 月・火・水・木・金・土・日 場所 (_____)
	訪問看護 月・火・水・木・金・土・日 場所 (_____)
	訪問介護(ホームヘルパー)月・火・水・木・金・土・日 場所 (_____)
	通院・その他 月・火・水・木・金・土・日 場所 (_____)
主治医への受診歴 ・ 前回 (平成 年 月 日) ・ 次回 (平成 年 月 日) 予定	
(新規申請、区分変更申請の方) 申請の理由、前もって調査員に伝えたいこと、現在困っていること等	
認定後希望するサービスに○を付けて下さい。	通所リハビリ・デイサービス・訪問看護・ヘルパー・その他 (_____)
認定結果の通知先	<input type="checkbox"/> 住所地(自宅) <input type="checkbox"/> 自宅以外 住所：〒 _____ 氏名： _____

※【受付・連絡者の方へ】

最後に「申請提出後の入転院等については、役場健康福祉課までご連絡ください。」
と、ご本人様・ご家族様にお伝えください