

(裏面)

要介護認定申請時間診表

1. 訪問調査について		被保険者氏名	
調査同席の有無	同席する (申請者・他) ・ 同席しない		
同席する方の氏名		本人との関係	
同席する方の連絡先	自宅・会社 () 電話番号 ()	訪問希望日及び時間 ※土日祝日は除く	
訪問時留意事項 (本人は病名を知らない・同席できない理由等)		緊急連絡先 (氏名・住所・電話・関係)	

2. 心身の状況

介護を要する原因となった傷病名		その他の傷病名既往症	
現在の状況		家族構成	
障害者手帳 公費負担等	年交付 種 級 障害名 労災・第三者行為 生保 (64歳以下医療保険非加入者除く)	介護者の状況	

3. 現在受けている在宅サービス・希望するサービス

<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 (事業所の希望: 有・無)	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入・貸与 ()
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプ)	<input type="checkbox"/> 住宅改修 ()
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型居宅共同生活介護 (グループホーム)
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/> 通所・訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 ()
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他 ()

4. その他: 郵送物について (被保険者本人住所地以外に通知希望の場合は記入してください。)

通知等転送先			
受取人氏名		本人との関係	
電話番号		転送理由	