

◆入院状況確認事項 ※入院中の方はご記入ください。

1. 入院の原因となった病気 現在の病院への入院日(令和 年 月 日)
脳血管疾患 骨折 心臓病 肺炎 がん 認知・行動面 その他()
2. 今回の入院での手術の実施および予定 ある(月 日) ・ ない
3. 転院の予定 ある(月 日) ・ ない
4. 状態が安定し、退院に向けてのリハビリが進んでいる。..... はい ・ いいえ
5. 退院の予定は今から概ね1か月以内である。 はい ・ いいえ
- 1) 退院予定日(令和 年 月 日頃)
- 2) 退院後の生活場所の予定 自宅等 施設 未定

※上記で「ある」、「いいえ」に該当する場合には、現時点での申請を相談させていただく場合がございます。

◆認定調査に伴う確認事項 ※申請者は必要事項をご記入ください。

1. 調査の立ち会い(正確な調査を実施するため、日頃の状況を把握している方の立ち会いをお願いします。)

立会人: 氏名 _____ 続柄 _____

昼間連絡のつく電話番号: (_____ - _____ - _____)

連絡希望時間 ある (AM ・ PM _____ : _____ ~ _____ : _____)
 なし

2. 調査場所(主に生活している場所での調査をお願いします。)

表に記入した被保険者の住所

現在入院している医療機関(_____ 階 _____ 病棟 _____ 号室)

その他 (名称・名前 _____ 住所 _____)

電話番号: (_____ - _____ - _____)

3. 調査員の駐車スペース ある ・ ない

4. 現在利用しているサービスには○と1か月の利用回数等、これから利用したいサービスには、◎をつけてください。

| | | | |
|-------------|-------|-----------------|--|
| ホームヘルプサービス | 回/月 | 介護老人福祉施設(特養) | |
| デイサービス・デイケア | 回/月 | 介護老人保健施設(老健) | |
| 訪問看護 | 回/月 | 介護療養型医療施設 | |
| ショートステイ | / ~ / | 介護医療院 | |
| 訪問入浴サービス | 回/月 | グループホーム | |
| 住宅改修 | | その他(_____) | |
| 福祉用具貸与・購入 | | 利用なし(理由 _____) | |

5. 現在の心身の様子(申請のきっかけや具体的な状況等をご記入ください。)

①治療中の病気がありますか ない ・ ある (_____)

②日常会話に支障がありますか ない ・ ある (_____)

③身障手帳を所持していますか ない ・ ある (_____ 級・障害名 _____)

6. 調査員への連絡事項

特になし 病名や余命を本人に伝えていないので配慮してほしい

本人の前では話しにくいことがある(排泄、認知症等) その他(_____)

町記入欄: 通常 ・ 緊急(_____) 被保険者証 返却 ・ 未返却