

## ◆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