



(申請時のお願い)

記載例

下記項目をご記入ください。

① 認定調査日の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> その他
※平日の8:30~17:15に連絡が 取れる方	⇒電話: 0475 - 80 - 2640 氏名: 山武 一郎 続柄: 夫
② 調査当日の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 電話 - - 続柄:
③ 調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 (病院名・病棟: ○○病院△病棟3階) <input type="checkbox"/> 施設 (施設名: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
④ 立会の 有 / 無	<input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 提出代行者 (○○ケアネ) <input type="checkbox"/> その他 氏名: 続柄:
⑤ 家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居人あり 夫 — 妻         長男 次男 三男 長女
⑥ 最終受診日 (主治医による最終診察日)	令和 ○年 ○月 ○日 次回受診予定日: 令和 ○年 ○月 ○日
⑦ 入院中の方のみご記入ください。	・経緯 (きっかけ): 自宅で転倒し、足を骨折した ・転院予定の有無 : 有 ・ <u>無</u>
⑧ 現在受けているサービスにチェックをご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉輸送 <input type="checkbox"/> ふれあいデイサービス <input type="checkbox"/> 医療機関でのリハビリ

⑨ (変更、介護申請の方は変更箇所を記入してください)

項目	前回調査内容	変更内容
(例) 歩行	不安定だが掴まらないで歩行できる	転倒による骨折で歩行できない

変更申請を行い利用したいサービス	
------------------	--

認定調査を実施する際の留意事項、連絡事項等をご記入ください。