|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| かすみがうら市　保険者番号　０８２３０５  **介護保険認定申請附表兼調査依頼個表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※　太枠内を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 整理番号 | |  |
| 申請年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 申請区分 | | | 新規　・　更新　・　変更 | | | |
| 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | 生年月日  明･大･昭　　年　　月　　日（満　　　歳） | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | （男･女) | | | | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ | | | （　　　　　） | | | | |
| 被保険者住所 | | かすみがうら市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回介護度 | |  | | | | | | | 前回有効期間 | | | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| **◎　認定調査の訪問日時を連絡させていただく為ご記入ください。（月～金の日中に可能な連絡先）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調査時立会い可能な方 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | |  | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 連絡可能な時間帯 | | | | | | | |
| 1.自宅･携帯･勤務先 | | | | | | (　　　　) | | | | | | | | | | 曜日 | | | | | | 時頃～　　時頃 | |
| 2.自宅･携帯･勤務先 | | | | | | (　　　　) | | | | | | | | | | 曜日 | | | | | | 時頃～　　時頃 | |
| ※その他連絡、調査時に注意して欲しいこと | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **◎　ご本人の状況についてご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の所在 | □在宅 | | | | □自宅　（家族有・独居） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □自宅外（同居者名　　　　　　　　　　）（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □施設･病院等 | | | | □特養　□老健　□介護療養型　□グループホーム　□病院　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (施設･病院名）　　　　　　　　　　　　　　　　(TEL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院予定：**□**有（　　月　　日頃）**□**無（　急性期　･　安定期　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | **歩行：**□できる　□できない　　　**杖等：**□不要　□要　　　　**食事：**□介助不要　□介助要  **排泄：**□介助不要　□介助要（**オムツ：**□不要　□要）**認知症：**□無　□有（　　　　　　　　　　　　　）  **次回受診予定日：**月　　日頃  **その他**（問題点や希望するサービス等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用状況 | □デイサービス･デイケア | | | | | | | | | | 事業所名： | | | | | | | | | 利用曜日：月･火･水･木･金･土･日 | | | | |
| □訪問介護（ホームヘルプサービス） | | | | | | | | | | 事業所名： | | | | | | | | | 利用曜日：月･火･水･木･金･土･日 | | | | |
| □訪問看護・訪問リハビリ･訪問入浴 | | | | | | | | | | 事業所名： | | | | | | | | | 利用曜日：月･火･水･木･金･土･日 | | | | |
| □短期入所（ショートステイ） | | | | | | | | | | 事業所名： | | | | | | | | | 利用曜日：月･火･水･木･金･土･日 | | | | |
| 担当ケアマネージャー氏名：　　　　　　　　　　　　　　事業所名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **◎第三者行為(交通事故等)に該当する方は記入してください。**  ①事故発生日：　　　 　年　 月　 日　 ②示談の有無　( 有 ･ 無 )　③有の場合(示談日：　　　 年　 月　 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **◎　更新申請で前回と主治医が変更になられた場合は申請書の主治医欄の訂正もお願いします。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医氏名 | | |  | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | |  | | | | | |
| 市記入欄 | 意見書発行 | | □未　　□済　（引渡人氏名　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調査依頼日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 調査員名 | | |  | | | | | | | |
| 調査実施日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 備考 | | |  | | | | | | | |