

申請情報確認票

この申請情報確認票は、認定調査が確か円滑に行われるよう、ご本人の状況をお伺いするものです。

下記に必要事項を記入又は☑をつけてください。ご協力をお願いします。

※土・日・祝日の調査は行っておりません。9：30～15：00までの時間帯で調整をお願いしています。

訪問調査を行う場所	<input type="checkbox"/> 自宅（住民票の住所地）		住所	〒 様方 電話番号（ ） -		
	<input type="checkbox"/> 住民票の住所と異なる場所					
	<input type="checkbox"/> 病院又は施設等 退院又は退院予定日 <input type="checkbox"/> 予定あり（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 予定なし		名称	病棟 階 号室		
身体状態	<input type="checkbox"/> 落ち着いており調査が可能		<input type="checkbox"/> 今は状態が不安定（ 週間後には調査が可能）			
調査への同席者の有無	<input type="checkbox"/> 同席する		フリガナ	（続柄） 電話番号（ ） -		
	<input type="checkbox"/> 同席しないが聞き取り希望		氏名			
	<input type="checkbox"/> 同席しない		←この場合、心身の状況に関しての聞き取りに対して十分に受け答えができる			
日程調整の相手	フリガナ	8：30～16：30 の間で連絡がとれる電話番号 電話番号（ ） -		自宅/携帯/勤務先（名称） 電話番号（ ） -		
	氏名					<input type="checkbox"/> 調査同席者と同じ （続柄）
	※連絡がとりやすい時間帯等（ 時～ 時 / 時 まで・以降）					
認定結果の送付先が住所と違う場合は記入	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ		<input type="checkbox"/> 上記の調査場所と同じ			
	〒					
調査時の注意事項	感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（					
	未告知の病気等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（					
	認知症の傾向 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 難聴（筆談の必要性） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	本人がおられない場所での聞き取りの必要性（認知症に関すること等） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	サービス利用について（新規申請） <input type="checkbox"/> 暫定利用予定 <input type="checkbox"/> 検討中					
	サービス利用について（更新・区分変更 申請） <input type="checkbox"/> 現在利用中 <input type="checkbox"/> 検討中					
	サービス内容 通所系 曜日（AM/PM/終日） 曜日（AM/PM/終日）					
	訪問系① 曜日（ 時 分～ 時 分）					
	訪問系② 曜日（ 時 分～ 時 分）					
	訪問系③ 曜日（ 時 分～ 時 分） その他（					
ご都合の悪い日・曜日 （病院受診/デイサービス・サロン等）						
居住環境 駐車場 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 場所（						
※その他、調査時に留意する事項、希望・要望があればご記入ください。						

更新申請の場合、居宅介護支援事業所・介護保険施設の方のみご記入ください。

訪問調査をする・訪問調査をしない（○で囲んでください。）

居宅介護支援事業所・介護保険施設名（訪問調査をする場合のみご記入ください。）

（裏面）