申請受付連絡票

※この受付票は要介護（要支援）認定の申請にあたり、必要な情報をお尋ねしています。また認定調査の実施のために認定調査員に情報提供いたします。

記入日：　令和　　年　　月　　日

１．被保険者	（フリガナ）		生年月日
	氏　　名		大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）
現在受けている認定	□要介護（□1　□2　□3　□4　□5）　□要支援（□1　□2）　□認定なし		
２．申請者	□ 本人　□ 代行事業所・担当者（　　） □ その他　フリガナ 氏名（　　続柄　　） 住所 〒　　ー　　電話		
３．認定結果送付先	□ 本人宅（被保険者宅）　□ 申請者宅（その他の氏名・住所に送付）		
４．被保険者の居場所（訪問先） ※本人宅以外の場合にご記入ください	□ 本人宅（被保険者宅）		
	□ 病院・施設名	名　　称	※可能な限り病棟、病室まで記入
		住　所	※市外のみ記入 〒　　ー
		電話番号	
	□ その他の介護者宅	住所 〒　　ー　　電話	
		フリガナ 氏名（　　続柄　　）	
５．調査日の連絡調整者 □申請者と同じ ※通話が可能な曜日や時間帯を記入してください。	（フリガナ）		本人との続柄 / 【家族構成】
	氏　名		
	携帯電話	（　　）	
	自　　宅	（　　）	
６．調査実施で都合の良い曜日、時間帯 ※都合の良い時間帯に☑してください。	曜　　日	月曜日　火曜日　水曜日　木曜日　金曜日	【備考】
	午　　前	□　□　□　□　□	
	午　　後	□　□　□　□　□	
７．調査の同席希望の有無	□ 無　□ 有　（氏名）　（続柄・関係）		
８．かかりつけ医（主治医） ※該当するものに☑してください	医療機関名		医師名　（　　科）
	＜介護が必要となった原因・経過・病状等＞		
	医療の状況	□ 入院中　□ 通院中　□ 往診　□ 施設入所中	
９．被保険者の日常生活	※被保険者の普段の生活状況をお聞きいたします。生活の中で、一番困っていることは、何ですか。 歩行：　自分で可能　・　杖使用中　・　歩行器使用　・　車椅子使用中　・　（　　） 排泄：　自分で可能　・　ポータブルトイレ使用　・　リハビリパンツ　・　オムツ使用中　・　（　　） 入浴：　自分で可能　・　一部介助が必要　・　全てに介助が必要　・　入浴出来ていない　・　（　　） 食事：　自分で可能　・　一部介助が必要　・　全てに介助が必要　・　（　　） 認知症状：　無　・　有（具体的な様子　　） ◉その他、事前に調査員に伝えておきたいことがあれば、記入してください。【今回申請に至った理由、既往歴、調査対象者とのコミュニケーションで配慮すべきことなど】		
１０．サービスの利用希望	・訪問介護・訪問看護・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・購入・短期入所・施設入所 ・その他		
備考			