

【入院用】介護保険認定申請書受付に伴う確認シート 受付日_____ 受付者_____

対象者氏名		生年月日（年齢）	. . (歳) (男・女)
住所	栃木市	電話番号	- -

あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入してください。

1	窓口に来た方 家族（同世帯 別世帯 ） その他（ ）		
2	現在介護認定を受けていますか 受けていない ・ 受けている（要支援_____ 要介護_____）		
3	担当のケアマネージャーはいますか いない・いる（居宅介護支援事業所 CM名 _____）		
4	現在の病院への入院時期と、入院の原因となった傷病名、今後の予定をご記入ください 入院前後の経過（ _____ ） 病院名（ _____ ） 病棟・病室（ _____ ） 入院期間（ _____ ～ _____ ） 傷病名（ _____ ） 手術の予定（ない・ある _____ ） リハや転院の予定（ない・ある _____ ）		
5	退院時期は決まっていますか。 1週間以内 ・ 2～3週間以内 ・ 1か月以内 ・ それ以上 ・ 未定		
6	申請の理由（変更申請の場合は、前と変更があった部分。調査で見たい部分を聞き取りしてください。）		
6	退院後のサービスについて、すでに主治医やソーシャルワーカー等と相談は済んでいますか。 はい（担当SW名_____ 電話番号_____）・ いいえ（退院時期未定のため分からない）		
7	今回の申請について、ご連絡先になる方はどなたですか。 ふりがな _____ 氏名（ _____ ） 続柄（ _____ ） 連絡先（ _____ ） 調査の立会（家族立会を希望・病院での対応希望） ※家族立会が原則ですが、病院により難しい場合があります		
8	本人の生活状況について 歩行（できる・つかまれば可・できない） 更衣（できる・できない） 食事（できる・できない） 排泄（できる・一部助け必要・できない） 生活に支障のある物忘れが（ある・ない） ・主な既往、病歴		9 介護認定を受けて使えるサービスの希望 ① 訪問介護（ホームヘルプ） ・身体介護 ・生活援助 ② 通所介護（デイサービス） ・入浴 ・食事 ・リハビリ ③通所リハビリ ⑦訪問看護 ④訪問入浴 ⑧訪問リハビリ ⑤福祉用具（レンタル・購入） ⑨住宅改修 ⑥ショートステイ ⑩施設入所
	その他（調査の際配慮が必要なこと。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。）		