**＜新規申請確認事項＞**申請日　　　　　年　　　　月　　　　日

この用紙は訪問調査員が調査をするため、また主治医意見書を書く医療機関への情報提供に使用します。

※下記該当部分に☑をお願いします。

氏名　　　　　　　　　　　　住所

続柄　　　　　　　　　　　　連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名（介護保険を使いたい方） |  |
| 申　請　者 | 　□本人　□親族 |

◆日程調整するための連絡先　　※職場への連絡希望者は職場名もご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | □申請者と同じ　　□その他〔氏名：　　　　　　　　　　介護保険を使いたい方との関係　　　　　〕 |
| 電　話 |  |
| 被保険者が現在いる場所 | □自宅□自宅外〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　※病院・施設以外の場合は以下も記入してください。　住所　連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

◆調査時の依頼事項

|  |  |
| --- | --- |
| 調査時同席者の有無 | □有　　□申請者と同じ　　□その他　〔氏名：　　　　　　　　　　　　　　　本人とのご関係：　　　　　　　　　〕□無　※調査後確認するための連絡先　〔氏名：　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人とのご関係：　　　　　　　　　〕 |
| ①本人の現在の状態や申請に至る経緯について②通院している病院、飲んでいる薬等③今までの大きな病気 | ④家族構成⑤認知症の有無　　□有　　□無⑥難聴の有無　　□有　　□無 |
| ★希望するサービスに☑してください | ★調査時に注意すること・調査員に伝えておきたいこと等 |
| □ | 訪問介護（ヘルパー） | □ | 訪問看護 |
| □ | 訪問入浴介護 | □ | 通所介護（デイサービス） |
| □ | 通所リハビリテーション | □ | 短期入所療養介護 |
| □ | 短期入所生活介護 | □ | 福祉用具貸与 |
| □ | 居宅療養管理指導 | □ | 住宅改修 |
| □ | 福祉用具購入 | □ | 施設入所 |
| □ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**調査員及び主治医意見書の作成の医療機関に情報提供することに　□　同意します　　□　同意しません**

署名