

要介護（要支援）認定申請アンケート調査票

※ □のある項目は、該当する□に✓をつけ、必要事項、サービス内容等をご記入ください。

本人氏名： _____

家族状況： 独居・同居（夫婦のみ）・同居（その他）

1 被保険者本人の所在等の状況（該当するものの番号に○をつけてください。）

- ① 自宅で生活。（住民票上の自宅以外の家に滞在中の方は、住所と電話番号を記入ください。）
住所【〒 _____ TEL： _____ 】
- ② 医療機関に入院。
*病名を教えてください。（病名： _____ ）
 手術をした（ 年 月 日、手術部位： _____ ）
 リハビリを開始している。
 退院予定日（ 月 日頃）、退院後の居住先（自宅・親族の居宅・転院・施設等入所）
- ③ 施設等に入所。（施設等の名称： _____ ）

2 申請理由及び経過等について

- ① 今回の申請の理由 _____
- ② 【新規の方】現在、医療や福祉サービスを利用中である（□有： _____ □無 _____ ）

3 介護保険サービスの利用について

- ① 希望する介護保険サービス（通所サービス ヘルパー 訪問看護 住改 福祉用具 その他 _____ ）
 すぐに利用する 近いうちに利用する予定 今のところ利用する予定はない
 利用中（入所中）である

4 主治医について

- ・主治医との介護の相談の有無（有・無 _____ ）
・最終受診日（ 年 月 日） ・次回受診予定日（ 年 月 日） ・入院中

5 認定調査について

- ① 現在の日常生活の状況についてお尋ねします。（各項目で、該当するものに○をつけてください。）

歩行	自力・杖使用・歩行器使用・車椅子 その他（ _____ ）	入浴	1人で入る・介助浴・特殊入浴 その他（ _____ ）
食事	自分で食べる・介助が必要・経管栄養 その他（ _____ ）	物忘れ等	特にない・ある（ _____ ）
排泄	トイレ使用・ポータブルトイレ使用 オムツ使用・その他（ _____ ）	その他	

- ② 認定調査に家族等の立会いを希望しますか。

- 希望する 立会い者氏名： _____ 続柄： _____ 住所： _____
電話番号： _____ （自宅・職場・携帯） *昼間に連絡がとれる番号
- 希望しない

- ③ 月～金曜日のうちで調査に何うのに都合の悪い曜日に×を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

※基本的な調査開始時間は、午前9時、10時30分、午後1時30分からとなります。

6 認定結果の送付先（住民票上の住所以外に送付を希望される方のみご記入ください。）

氏名： _____ 続柄： _____ 住所： 〒 _____

7 第三者行為（交通事故等）の有無について

- 有（事故の時期： 年 月 日 事故の内容： _____ ）
 無

8 労働者災害補償保険法（労災）等からの介護補償給付について

- 受けている →直近の支給決定通知書（写し）を添付してください。
 受けていない

〔介護補償給付等とは、労働者災害補償保険法による「療養補償給付」及び「療養給付」、戦傷病者特別援護法による「療養の給付」及び「更正医療」、原子爆弾被害者に対する援護に関する法律による「医療の給付」、その他公務災害や公害等これに類する給付になります。〕