要介護・要支援（□新規　□更新　□変更　□介護）申請確認票

記入日：　　年　　月　　日

被保険者氏名		**記入者氏名**	（被保険者本人との関係）
世帯状況	□ 一人暮らし　□ 夫婦世帯　□ 家族と同居　□ 昼間一人　□ 施設等入所　□ その他（　　）		
調査の実施場所	□ 自宅（住民票の住所）　□ 入所・入院等の施設（名称：　　病棟：　　号室：		
	□ その他　〔名称：　　電話番号：　　住所：〕		
	＊ 集合住宅の場合　団地・マンション名：　　部屋番号：		
	駐車場の有無　□ 有　□ 無　（近隣の駐車可能場所：　　）		

現在の心身の状況	□ やや時間がかかっても、なんとか介助なしに一人でできる						
	□ 手を貸してもらうなど、一部介助を要する　□ 全面的に介助を要する						
	＊ 入院中の場合は、傷病名または入院理由：				**認知症症状**	□ 無　□ 有	
	難 聴	□ 無　□ 有（右・左）□ 不明	**意思疎通**	□ 可　□ 困難　□ 不明	**感染症**	□ 無　□ 有　□ 不明	
日常生活で困っていること（変更申請の場合は詳細な理由も記入）	□ 以下の理由により容態が急変する可能性があるため、緊急の調査を必要とする。〔　　〕						
調査時の注意点（気を付けてほしいこと）							

● 現在、利用しているサービス（介護予防サービスも含む）　※利用している曜日を〇で囲んでください													
□ 訪問介護（ヘルパー）	月	火	水	木	金	土	日	利用時間	時～	時/	時～	時/	時～　時
□ 訪問看護	月	火	水	木	金	土	日	利用時間	時～	時/	時～	時/	時～　時
□ 訪問リハビリテーション	月	火	水	木	金	土	日	利用時間	時～	時/	時～	時/	時～　時
□ 居宅療養管理指導	月	火	水	木	金	土	日	利用時間	時～	時/	時～	時/	時～　時
□ 通所介護（デイサービス）	月	火	水	木	金	土	日	利用時間	時～	時/	時～	時/	時～　時
□ 通所リハビリテーション（デイケア）	月	火	水	木	金	土	日	利用時間	時～	時/	時～	時/	時～　時
□ 小規模多機能（通所・ヘルパー・宿泊）	月	火	水	木	金	土	日	利用時間	時～	時/	時～	時/	時～　時
□ ショートステイ　利用状況（　　）													
□ 福祉用具の貸与　ベッド　歩行器　車いす　その他（　　）													
□ 福祉用具の購入　ポータブルトイレ　入浴補助用具　その他（　　）													
□ 住宅改修　手すり設置　段差解消　トイレ改修　その他（　　）													
□ 入所中　介護保険施設　その他の施設（　　）													
□ 現在、サービスの利用なし　□ その他（　　）													

● 今後、希望のサービス（介護予防サービスも含む）			
□ 訪問介護（ヘルパー）	□ 通所介護（デイサービス）	□ 通所リハビリテーション（デイケア）	□ ショートステイ
□ 福祉用具の貸与（　　品）、購入（　　）		□ 住宅改修（　　）	
□ 施設入所　介護保険施設　その他の施設（　　）		□ サービスの利用を検討中	□ その他（　　）
備 考 欄			