

確認表【新規（支→介・期限切れ）・更新・区分変更】

受診予定日

月

日

被保険者番号		氏名		生年月日			歳				
ご本人の状況	申請理由	<input type="checkbox"/> 前回申請時と著変なし									
	入院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名	病院 科 階・病棟 担当								
		入院期間	R	年	月	日	～ R	年	月	日	<input type="checkbox"/> 未定
		病名									
		転院予定	<input type="checkbox"/> 有	R	年	月	日	病院			
	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人で同居 <input type="checkbox"/> それ以外 ()									
既往歴	病名	医療機関				(月	回)			
	病名	医療機関				(月	回)			
サービス <input type="checkbox"/> 暫定 <input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル () <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()										
認定調査	調査場所	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設他 (下へ住所・施設名等を記入)									
	調査連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	立ち合い	立ち合い希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
		立会者氏名	()				本人との関係	()			
	連絡先	()									
希望日時	①		②								
調査時に配慮の必要な事項	※通所介護やショートステイの利用がある場合は、利用日をお知らせください。										
その他	認定結果送付先	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> その他 (下へ記入) <input type="checkbox"/> 窓口受取 (本庁・分庁) 住所 (〒) 宛名 ()									