確認表【新規（支→介・期限切れ）・更新・区分変更】

受診予定日	月　　日

ご本人の状況	被保険者番号		氏　名		生年月日			歳
	申請理由	☐ 前回申請時と著変なし						
	入　院 ☐ 有 ☐ 無	病 院 名	病院　　科　　階・病棟　　担当					
		入院期間	R　　年　　月　　日 ～ R　　年　　月　　日　☐ 未定					
		病　　名						
		転院予定	☐ 有　R　　年　　月　　日　　病院					
	家族構成	☐ 独居　☐ 夫婦2人で同居　☐ 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 ☐ 暫定 ☐ 希望	☐ ヘルパー　☐ デイサービス　☐ デイケア　☐ ショートステイ ☐ 福祉用具レンタル（　　） ☐ 住宅改修　☐ 施設入所　☐ その他　（　　）						
認定調査	調査場所	☐ 現住所地　☐ 病院　☐ 施設他（下へ住所・施設名等を記入）						
	調査連絡先	☐ 本人　☐ 提出代行者　☐ 病院　☐ 施設　☐ その他　（　　）						
	立ち合い	立ち合い希望　☐ 有　☐ 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	☐ 現住所地　☐ その他（下へ記入）　☐ 窓口受取（　本庁　・　分庁　） 住所（〒　　） 宛名（　　）						