

確認表 (新規 (支→介・期限切れ) ・更新・区分変更)

受診予定日	〇〇 月 〇〇 日
生年月日	
年齢	歳

被保険者名	下北 太郎
-------	-------

申請区分に〇をしてください

申請理由	<p>〇月〇日、自宅内で転倒し〇〇病院へ救急搬送。左大腿骨骨折と診断、ADL低下が著しく、退院後車椅子レンタル及びヘルパー利用検討し申請。</p> <p><input type="checkbox"/> 前回申請時と著変なし</p>
------	--

更新申請で前回申請時と状態変化がない場合のみ✓

ご本人の状況	入院	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	病院名	〇〇 病院 整形外科 4 階・病棟 担当 〇〇相談員
	入院期間	R 〇 年 〇 月 〇 日 ~ R 〇 年 〇 月 〇 日 <input type="checkbox"/> 未定
	病名	左大腿骨骨折
	転院予定	<input type="checkbox"/> 有 R 年 月 日 病院
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦2人で同居 <input type="checkbox"/> それ以外 (長男夫婦市内居住)	
既往歴	病名	認知症 医療機関 〇〇クリニック (1 月 1 回)
	病名	医療機関 (月 回)
サービス	<input checked="" 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"/> 暫定 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル (車いす) <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 checked="" type="checkbox"/> 施設他 (下へ住所・施設名等を記入) 長男宅：むつ市〇〇町〇-〇
	調査連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 提出代行者 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 ()
	立ち合い	立ち合い希望 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 立会者氏名 (CM、〇〇〇〇) 本人との関係 (長男) 連絡先 (〇〇〇-〇〇-〇〇)
	希望日時	①
	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 ひどい難聴のため筆談が必要 毎週水曜日デイサービス利用中
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 checked="" type="checkbox"/> 窓口受取 (本庁 ・ 分庁) 住所 (〒) 宛名 ()	

連絡先の記入誤りが多く見受けられます。ご確認の上ご記入ください。

あらかじめ調査希望日時を申請者様と決めてきていただくとスムーズです。 ※ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。