

介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

申請年月日 年 月 日

**記入例(新規申請の場合)**

要介護度区分の変更

該当・非該当

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	1111111111	個人番号	1111111111111111	
	医療保険	保険者名	綾瀬市		
		被保険者証	記号	1-綾	
	フリガナ	アヤセ ハナコ		生年月日	明・大・昭 □年○月△月○△日
	氏名	綾瀬 花子		性別	男・女
	住所	〒252-1192 綾瀬市早川550番地		電話番号	77-1111
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分	1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	入院又は入所されている方	施設名	〇〇病院(病棟5階555号室)		
		所在地	〒111-1111 〇〇市△△町1-1-1 電話番号 000(111)222		
退院・退所予定日		年 月 日 / 未定			

提出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) <b>綾瀬 太郎</b> 被保険者との関係 ( <b>長男</b> )	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人) <b>綾瀬 花子</b>
	住所	〒252-1192 綾瀬市早川550番地 電話番号 <b>(77)1111</b>	

主治医	主治医の氏名	〇〇〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒111-1111 〇〇市△△町1-1-1 電話番号 000(111)222		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、綾瀬市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 **本人氏名 綾瀬 花子**

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

\* 40歳から64歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名	<b>脳出血</b>
-------	------------

**認定調査連絡票** 【新規 区分変更( 月 日付) 更新 事業対象から要介護(支援)認定申請】  
 認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願いいたします。なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、綾瀬市または市が委託する事業所の認定調査員に対して提供します。

1 申請理由(複数選択可)							
区分変更の理由	※区分変更の場合のみ記載 (例: 歩行ができなくなった、認知症進行による家族負担増 等)						
	※何の介護サービスの増回等が必要なのか <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所						
きっかけ	<input type="checkbox"/> 本人が決めた <input type="checkbox"/> 家族が決めた <input type="checkbox"/> 介護関係の事業者の紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 病院に勧められた <b>医師</b> ・看護師・相談員〔 ( ) 〕 <input type="checkbox"/> 知人の紹介						
困りごと	<input checked="" type="checkbox"/> 身体能力低下 (入浴、排泄、食事) <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力低下 (屋外・屋内) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input checked="" type="checkbox"/> 家事 (調理、買い物、掃除等) <input type="checkbox"/> 物忘れ等の認知機能低下 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 排泄に関すること <input type="checkbox"/> 物を隠す <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> その他 ( )						
介護が必要な理由	<input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 (麻痺: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 骨折・転倒 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 ( <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> がん【ステージ (告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)】 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※上記はいつから: 年 月 日 前回の受診日: 年 月 日 次回の受診日: 年 月 日						
2 調査等について							
病名	既往歴:			現病歴:			
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
日常生活	歩行【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 (杖・柵まり・シルバーカー) <input type="checkbox"/> 介助 (車椅子・寝たきり)】 排泄【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 食事【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 入浴【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 衣服の着脱【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 同居家族【 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護者 (氏名: <b>綾瀬 太郎</b> ) <input type="checkbox"/> 障害者 (身体・知的・精神) (氏名: )】						
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ↓ ※入院 (所) 日 ( 年 月 日)						
	病院名	<input checked="" type="checkbox"/> 表面医療機関と同様 /			病院		
	診断名・手術予定	/ <input type="checkbox"/> あり (時期: 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし					
	転院予定	<input type="checkbox"/> あり (時期: ) <input checked="" type="checkbox"/> 転院先 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定			病院		
調査日程の調整連絡先	ふりがな	<b>アヤセ タロウ</b>		続柄	電	* 平日の日中に連絡が取れる連絡先	
	氏名	<b>綾瀬 太郎</b>		<b>長男</b>	話	<b>〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>	
連絡のつきやすい曜日・時間帯: 月・火・水・木・金 / 時 分 ~ 時 分							
調査立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、調査日程の調整連絡先の方 <input type="checkbox"/> その他家族 (続柄: ) <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー ( ) <input type="checkbox"/> 立会い者なし						
調査車両の駐車場所	敷地内 ( <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※調査員の車を停める駐車場の有無について記入してください。 ※なしの場合、最寄り駐車可能場所 ( ) ※店舗等民間施設以外						
3 要介護認定結果(申請から 30 日前後)が出る前の介護サービス利用について(新規、区分変更のみ)							
<input type="checkbox"/> 結果が出る前に、すぐにサービスが必要 (緊急な状態) <input checked="" type="checkbox"/> 結果が出てからでよい <input type="checkbox"/> 必要時に利用する予定				<input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所への相談 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
4 現在使っている介護サービスと新たに希望するサービス							
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ <b>訪問</b> (通所) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ※現在使っている介護サービスには✓を、これから新たに希望するサービスには○をつけてください。							
5 現在利用しているサービスの利用の曜日							
利用サービス種類 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問 (ヘルパー・看護) <input type="checkbox"/> ショート	月	火	水	木	金	土	日
	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM
市記入欄							
<input type="checkbox"/> 被保険者証添付 <input type="checkbox"/> 再交付申請書添付 <input type="checkbox"/> 資格者証交付済 <input type="checkbox"/> 納付確認済 <input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり							

介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

申請年月日 年 月 日

**記入例(更新申請の場合)**

要介護度区分の変更	該当 ・ 非該当
-----------	----------

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
	医療保険	保険者名	綾瀬市		保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1						
		被保険者証	記号	1-綾	番号	1 1 1 1	枝番	1				
	フリガナ	アヤセ ハナコ		生年月日	明・大・昭 □年○月△月○△日							
	氏名	綾瀬 花子		性別	男 ・ 女							
	住所	〒252-1192 綾瀬市早川550番地			電話番号 77 - 1111							
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		有効期間	〇〇年〇月×日から〇〇年 □月×日まで							
	入院又は入所されている方	施設名		転出元自治体（市町村）名 [ ]								
		所在地		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ（「はい」の場合、申請日 年 月 日）								
退院・退所予定日		年 月 日 / 未定										

提出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) <b>綾瀬 太郎</b> 被保険者との関係 ( <b>長男</b> )	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人) <b>綾瀬 花子</b>
	住所	〒252-1192 綾瀬市早川550番地 電話番号 (77)1111	

主治医	主治医の氏名	〇〇〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒111-1111 〇〇市△△町1-1-1 電話番号 000(111)222		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、綾瀬市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 **本人氏名 綾瀬 花子**

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

\* 40歳から64歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

**認定調査連絡票** 【新規 区分変更( 月 日付) 更新 事業対象から要介護(支援)認定申請】  
 認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願いいたします。なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、綾瀬市または市が委託する事業所の認定調査員に対して提供します。

1 申請理由(複数選択可)								
区分変更の理由	※区分変更の場合のみ記載 (例: 歩行ができなくなった、認知症進行による家族負担増 等)							
	※何の介護サービスの増回等が必要なのか <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所							
きっかけ	<input type="checkbox"/> 本人が決めた <input type="checkbox"/> 家族が決めた <input type="checkbox"/> 介護関係の事業者の紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 病院に勧められた <b>医師</b> ・看護師・相談員〔 ( ) 〕 <input type="checkbox"/> 知人の紹介							
困りごと	<input checked="" type="checkbox"/> 身体能力低下 (入浴、排泄、食事) <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力低下 (屋外・屋内) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input checked="" type="checkbox"/> 家事 (調理、買い物、掃除等) <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ等の認知機能低下 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 排泄に関すること <input type="checkbox"/> 物を隠す <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> その他 ( )							
介護が必要な理由	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (麻痺: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 骨折・転倒 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 ( <input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> がん【ステージ (告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)】 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※上記はいつから: 年 月 日 前回の受診日: 年 月 日 次回の受診日: 年 月 日							
2 調査等について								
病名	既往歴: <b>糖尿病</b>			現病歴: <b>認知症</b>				
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
日常生活	歩行【 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (杖・柵まり・シルバーカー) <input type="checkbox"/> 介助 (車椅子・寝たきり)】 排泄【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 食事【 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 入浴【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 衣服の着脱【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 同居家族【 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護者 (氏名: <b>綾瀬 太郎</b> ) <input type="checkbox"/> 障害者 (身体・知的・精神) (氏名: )】							
調査場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input checked="" type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	↓ ※入院 (所) 日 ( 年 月 日)							
	病院名	<input type="checkbox"/> 表面医療機関と同様 /			病院			
	診断名・手術予定	/ <input type="checkbox"/> あり (時期: 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし						
転院予定	<input type="checkbox"/> あり (時期: ) <input checked="" type="checkbox"/> 転院先			病院				
調査日程の調整連絡先	ふりがな	<b>アヤセ タロウ</b>		続柄	電	*平日の日中に連絡が取れる連絡先		
	氏名	<b>綾瀬 太郎</b>		<b>長男</b>	話	<b>〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>		
	連絡のつきやすい曜日・時間帯: 月・火・水・木・金 / 時 分 ~ 時 分							
調査立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、調査日程の調整連絡先の方 <input type="checkbox"/> その他家族 (続柄: ) <input type="checkbox"/> 病院・施設職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー ( ) <input type="checkbox"/> 立会い者なし							
調査車両の駐車場所	敷地内 ( <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※調査員の車を停める駐車場の有無について記入してください。 ※なしの場合、最寄り駐車可能場所 ( ※店舗等民間施設以外)							
3 要介護認定結果(申請から30日前後)が出る前の介護サービス利用について(新規、区分変更のみ)								
<input type="checkbox"/> 結果が出る前に、すぐにサービスが必要 (緊急な状態)				→ 地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所への相談 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
<input checked="" type="checkbox"/> 結果が出てからでよい <input type="checkbox"/> 必要時に利用する予定								
4 現在使っている介護サービスと新たに希望するサービス								
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> リハビリ (訪問・通所) <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ※現在使っている介護サービスには✓を、これから新たに希望するサービスには○をつけてください。								
5 現在利用しているサービスの利用の曜日								
利用サービス種類	月	火	水	木	金	土	日	
<input checked="" type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問 (ヘルパー・看護) <input type="checkbox"/> ショート	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	AM/PM	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	AM/PM	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	AM/PM	AM/PM	
市記入欄								
<input type="checkbox"/> 被保険者証添付 <input type="checkbox"/> 再交付申請書添付 <input type="checkbox"/> 資格者証交付済 <input type="checkbox"/> 納付確認済 <input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり								

介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

**記入例(区分変更申請の場合)**

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

要介護度区分の変更

該当・非該当

被 保 険 者	被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
	医療保険	保険者名	綾瀬市		保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1		
		被保険者証	記号	1-綾	番号	1 1 1 1	枝番	1
	フリガナ	アヤセ ハナコ		生年月日	明・大・昭 □年○月△月○△日			
	氏名	綾瀬 花子		性別	男・女			
	住所	〒252-1192 綾瀬市早川550番地 電話番号 77 - 1111						
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		有効期間	〇〇年〇月×日から〇〇年 □月×日まで			
	入院又は入所されている方	施設名	〇〇病院(病棟5階555号室)					
		所在地	〒111-1111 〇〇市△△町1-1-1 電話番号 000(111)222					
退院・退所予定日		年 月 日 / 未定						

提出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) <b>綾瀬 太郎</b> 被保険者との関係 ( <b>長男</b> )	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人) <b>綾瀬 花子</b>
	住所	〒252-1192 綾瀬市早川550番地 電話番号 (77)1111	

主治医	主治医の氏名	〇〇〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒111-1111 〇〇市△△町1-1-1 電話番号 000(111)222		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、綾瀬市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 **本人氏名 綾瀬 花子**

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

\* 40歳から64歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--



**認定調査連絡票** 【新規 区分変更(〇〇年〇月×日付) 更新事業対象から要介護(支援)認定申請】  
 認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願いいたします。なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、綾瀬市または市が委託する事業所の認定調査員に対して提供します。

1 申請理由(複数選択可)								
区分変更の理由	※区分変更の場合のみ記載(例:歩行ができなくなった、認知症進行による家族負担増 等) <b>移動能力の低下、施設入所希望のため</b>							
	※何の介護サービスの増回等が必要なのか <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所							
きっかけ	<input type="checkbox"/> 本人が決めた <input type="checkbox"/> 家族が決めた <input type="checkbox"/> 介護関係の事業者の紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 病院に勧められた <b>医師</b> ・看護師・相談員〔 〕) <input type="checkbox"/> 知人の紹介							
困りごと	<input checked="" type="checkbox"/> 身体能力低下(入浴、排泄、食事) <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力低下(屋外・屋内) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input checked="" type="checkbox"/> 家事(調理、買い物、掃除等) <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ等の認知機能低下 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 排泄に関すること <input type="checkbox"/> 物を隠す <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> その他( )							
介護が必要な理由	<input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患(麻痺: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 骨折・転倒 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症( <input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> がん【ステージ (告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)】 <input type="checkbox"/> その他( ) ※上記はいつから: 年 月 日 前回の受診日: 年 月 日 次回の受診日: 年 月 日							
2 調査等について								
病名	既往歴: <b>認知症</b> 現病歴: <b>脳梗塞</b>							
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他( )							
日常生活	歩行【 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(杖・掴まり・シルバーカー) <input type="checkbox"/> 介助(車椅子・寝たきり)】 排泄【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 食事【 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 入浴【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 衣服の着脱【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 同居家族【 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護者(氏名: <b>綾瀬 太郎</b> ) <input type="checkbox"/> 障害者(身体・知的・精神)(氏名: )】							
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> その他( ) ↓ ※入院(所)日( 年 月 日)							
	病院名	<input checked="" type="checkbox"/> 表面医療機関と同様 / 病院						
	診断名・手術予定	/ <input type="checkbox"/> あり(時期: 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし						
	転院予定	<input type="checkbox"/> あり(時期: ) → 転院先 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定					病院	
調査日程の調整連絡先	ふりがな	<b>アヤセ タロウ</b>		続柄	電	*平日の日中に連絡が取れる連絡先		
	氏名	<b>綾瀬 太郎</b>		<b>長男</b>	話	<b>〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>		
連絡のつきやすい曜日・時間帯: 月・火・水・木・金 / 時 分~ 時 分								
調査立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、調査日程の調整連絡先の方 <input type="checkbox"/> その他家族(続柄: ) <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー( ) <input type="checkbox"/> 立会い者なし							
調査車両の駐車場所	敷地内( <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※調査員の車を停める駐車場の有無について記入してください。 ※なしの場合、最寄り駐車可能場所( ※店舗等民間施設以外)							
3 要介護認定結果(申請から30日前後)が出る前の介護サービス利用について(新規、区分変更のみ)								
<input type="checkbox"/> 結果が出る前に、すぐにサービスが必要(緊急な状態)				→ 地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所への相談 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
<input checked="" type="checkbox"/> 結果が出てからでよい <input type="checkbox"/> 必要時に利用する予定								
4 現在使っている介護サービスと新たに希望するサービス								
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> リハビリ(訪問・通所) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ※現在使っている介護サービスには✓を、これから新たに希望するサービスには○をつけてください。								
5 現在利用しているサービスの利用の曜日								
利用サービス種類		月	火	水	木	金	土	日
<input checked="" type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問(ヘルパー・看護) <input type="checkbox"/> ショート		<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	AM/PM	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	AM/PM	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	AM/PM	AM/PM
市記入欄								
<input type="checkbox"/> 被保険者証添付 <input type="checkbox"/> 再交付申請書添付 <input type="checkbox"/> 資格者証交付済 <input type="checkbox"/> 納付確認済 <input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり								