

新規申請

被保険者氏名 ()

本人は、現在どちらにいらっしゃいますか。

■在宅 (自宅以外の場合:)

■病院・施設名 ()

・病院の場合・・・病室 (階 号室)・病名 ()

・退院の見込 (入院日 月 日～ 月 日頃退院予定 ・ 未定)

困っている事がありますか。

■具体的にどのようなことで困っていますか。

例) 足が痛くて買い物ができない、閉じこもり気味、もの忘れがひどい等

()

■本人の前で話しにくい事がありますか。ない・ある (ある場合本人とは別々に聞き取り調査します。)

()

■今までに大きな病気はありますか。 ない・ある

()

また悪性の場合、本人への告知はしましたか。 した・しない

■どのようなサービスを希望していますか。

(デイサービス・ホームヘルパー・ショートステイ・その他)

主治医について

■定期的に通院していますか。 はい・いいえ

※介護保険の認定には主治医意見書が必要なため受診してください。書類は役場から主治医に依頼します。

調査のための家族等への連絡先 ※認定調査には、ご家族の立ち会いをお願いします。

■連絡の取れる家族 (氏名 : 続柄)

連絡先 (☎ — —)

(☎ — —)

連絡の取れる時間【平日 8:30～17:15】 午前・昼休み・午後・いつでも

※☎028-675-8105 からの着信履歴があった場合は折り返しお電話いただければ幸いです。

■調査希望日 月・火・水・木・金 午前・午後

■認定結果送付先 自宅・その他 ()

■家族の中ですでに介護認定を受けている方はいますか。はい (氏名:)・いいえ

その他:

.....
.....
.....

※町健康福祉課記入欄 受付者名 ()