介護保険　要介護・要支援（　新規　・　区分変更　）申請確認票

被保険者番号		記入者	□聞き取り　○ 本人 ○ 家族（氏名：　　続柄：　　）
被保険者氏名			□居宅介護支援事業所　□地域包括支援センター （事業所名：　　，担当者名：　　） □その他（　　）

（1）申請理由

□　状況の変化（以下に該当がある場合は、（2）に内容を記入してください。）

□病気の悪化　（疾患名：　　）　□認知症状の悪化　□体調不良

□骨折　（部位：　　）　□介護者の状況変化

□　医療機関からの勧め

□　その他の理由（　　）

（2）現在の身体面や精神面、物忘れの状況、入院に至った経緯

（いつ頃から、どのような症状で、どんな介護の手間がかかっていますか。どのような状態で入院することになりましたか。）

（3）3ヶ月以内の入退院の状況

① 3ヶ月以内の手術歴：　□なし　□あり　→手術日　　年　　月　　日

② 入院：　入院した日　　年　　月　　日

③ 退院：　□未定　□退院した日　　年　　月　　日　□退院予定日　　年　　月　　日

④ 退院後の予定：　□未定　□在宅　□施設入所（　　）　□転院（　　）

（4）利用したい介護保険サービスについて　*については、地域支援事業でも対応できる可能性あり

□ホームヘルプサービス*　□デイサービス*・デイケア　□ショートステイ*

□福祉用具購入*・貸与*　□住宅改修*　□施設入所等　□その他（　　）

行橋市介護保険課記入欄

＜本人の状況確認＞

◎ 調査日から遡って、1週間以内の環境の変化（入院や転院、転棟、入所、ショートステイの利用など）はないか。

□なし　□あり　→調査日を再度調整する。環境の変化があってから、1週間以上の期間をあけて調査します。

◎ 主治医等との相談（介護保険申請等について）　□済　□未　→主治医と相談

◎ ケアマネとの相談（介護保険申請等について）　□済　□未　→ケアマネと相談　□まだいない

◎ キーパーソン　□立会者　□その他（　　）

◎ がん　□なし　□告知済　□未告知

本人への説明内容（　　）

◎ 急性期の治療状況（病状は安定しているか。治療は終了しているか。）　□はい　□いいえ

＜調査時の注意事項＞