

◆入院状況確認事項 ※入院中の方はご記入ください。

1. 入院の原因となった病気 ※現在の病院への入院日（令和 年 月 日）
脳血管疾患 骨折 心臓病 肺炎 がん 認知・行動面 その他（ ）
2. 今回の入院での手術の実施および予定 …………… ある（ 月 日） ・ ない
3. 転院の予定 …………… ある（ 月 日） ・ ない
4. 状態が安定し、退院に向けてのリハビリが進んでいる。…………… はい・いいえ
5. 退院の予定は今から概ね1か月以内である。…………… はい・いいえ
- 1) 退院予定日（令和 年 月 日頃）
- 2) 退院後の生活場所の予定 自宅等 施設 未定

※上記で「ある」、「いいえ」に該当する場合には、現時点での申請を相談させていただく場合がございます。

◆認定調査に伴う確認事項 ※申請者は必要事項をご記入ください。

1. 調査の立ち会い（正確な調査を実施するため、日頃の状況を把握している方の立ち会いをお願いします。）

立会人：氏名 _____ 続柄 _____

昼間連絡のつく電話番号：（ _____ - _____ - _____ ）

2. 調査場所（主に生活している場所での調査をお願いします。）

表に記入した被保険者の住所

現在入院している医療機関 _____ 階 _____ 病棟 _____ 号室

その他 名称・名前 _____ 住所 _____

電話番号：（ _____ - _____ - _____ ）

3. 調査員の駐車スペース …………… ある ・ ない

4. 現在利用しているサービス …………… ある ・ ない

ヘルパー デイサービス デイケア ※利用日（ 月 火 水 木 金 土 日 ）

ショートステイ（ 月 日 ～ 月 日） その他（ _____ ）

5. 現在の心身の様子（申請のきっかけや具体的な状況等をご記入ください。）

(_____)

6. 調査員への連絡事項

特になし 病名や余命を本人に伝えていないので配慮してほしい

本人の前では話しにくいことがある（排泄、認知症等） その他（ _____ ）

市記入欄： 通常 ・ 急(_____)