

認定調査時に被保険者証回収を希望される方は「要」としてください。

前歴のある方は記入してください。

前歴  新規  更新  区変・悪  
 認定日  転入日 令和〇年〇〇月〇〇日 介護度  区変・好  
 要介護2  区変・不

被保険者名 やとみ たろう  
**弥富 太郎**

有  
 無

有効期間 令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月末 保険証回収  要  不要

名前には振り仮名をお願いします **やとみ いちろう** 申請者の名前等を記入してください。 ケアマネ **無**・ 有

**弥富 一郎** との続柄 **長男**

現在の状況と、利用したい介護サービスについて具体的にご記入ください。

**一人暮らしをしていたが、脳梗塞で倒れて〇〇病院に入院中。**

**一人で歩けなくなり、車いすで移動している。自宅に戻ったときの**

**ためにお風呂やトイレに手すりをつけたい。**

耳の聞こえ  よい  悪い **筆談対応等の希望があれば欄外に記入してください。**

目・見え方  あり  よい  悪い  利用表添付  住宅改修あり

居宅療養管理指導  回

1. 訪問先 **入院中の病棟名、号室をご記入ください。(記載がない場合は、調査が遅れる可能性があります)**

自宅

病院【病院名：**〇〇病院**】 **〇〇** 病棟 **〇〇** 号室

入院 **〇〇**月**〇〇**日 ~ 担当 **〇〇**相談員

退院予定 **未定**・ 有 【退院予定 **〇〇**月**〇〇**日頃】 **退院の日によっては退院後の調査となる可能性があります。**

施設等【施設名：**〇〇**】 **〇〇** 階 **〇〇** 号室

入所 **〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日 ~ 退所 **〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日 担当 **〇〇**相談員

その他 **立会いはせず日時のみ知りたい方は、チェックして下部に連絡先を記入してください。**

2. 立ち会いの有無  日時のお知らせのみ ※立ち会いがなく、日時のみ知りたい方はチェックして下さい

ふりがな **やとみ いちろう** 被保険者 **弥富 太郎** 立会がない場合 **連絡しません**

無  有 立会者名 **弥富 一郎** との続柄 **長男**

3. 調査の日程調整の連絡先 お知らせのみを要す方も連絡先・時間帯を記載して下さい。  ケアマネ立合い有

**繋がりがやすい番号を記入してください。**

自宅・携帯 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇** 自宅・ 携帯 勤務先名称 **〇〇病院**

ふりがな **やとみ いちろう** 氏名 **弥富 一郎** (  同居・別居 ) 続柄 **長男**

その他 **〇〇病院** TEL **〇〇-〇〇〇〇** 担当者 **〇〇相談員**

4. 連絡する時間帯 (土・日・祝を除く、開庁時間内)

いつでもよい (9時～17時)  午前中 (9時～13時)  午後中 (13時～17時)  時ごろがよい

**曜日指定や、留守電に入れておいてほしい等の要望があれば欄外に記入してください。**