

○必要箇所にチェック したうえで、記入をお願いいたします。

1. 申請された理由を教えてください(※前回、認定を受けている方は、この間の様子をご記入ください)

(例:「足に力が入らず、トイレに一人で行くことができずに困っている。」など)

申請理由 又は この間の様子 :
※認知症状 <input type="checkbox"/> 無し / <input type="checkbox"/> 疑い又は <input type="checkbox"/> 有 : 症状の内容 ()

2. 訪問調査連絡先 (調査員から連絡をさせていただきますので、必ずご記入ください)

<input type="checkbox"/> 本人 / <input type="checkbox"/> 家族 / <input type="checkbox"/> 入院・入所先 / <input type="checkbox"/> その他 (提出代行者名称等:)
※連絡先 氏名 () 本人との続柄 () <input type="checkbox"/> 同居 / <input type="checkbox"/> 別居
1) 携帯番号 (- -)
2) 電話番号 (- -)
◎ 連絡可能な時間帯 (平日の8:30~17:15の間で)
<input type="checkbox"/> いつでも可
<input type="checkbox"/> 曜日 (. .) 時間帯 (: ~ :)(: ~ :)

3. 訪問調査場所

<input type="checkbox"/> 自宅 (調査対象者宅)
<input type="checkbox"/> 入所施設 (施設名:)
<input type="checkbox"/> 入院先 (病院名 部屋: 階 号室) 入院日: 月 日 / 退院予定日 月 日
<input type="checkbox"/> その他の訪問先 (住所:)

4. 調査立会い

<input type="checkbox"/> 有 (家族 ・ 提出代行者 ・ 施設職員等 ・ その他:)
<input type="checkbox"/> 無 (理由:)

5. 都合の悪い日にち (あらかじめ都合の悪い日が分かっていたらご記入ください)

<input type="checkbox"/> 日にち: 月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 特に無し
--------------------------------------	-------------------------------

6. 現在のサービスの利用状況

<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア 施設名:() 利用曜日()
<input type="checkbox"/> 訪問介護 利用曜日(. .) 利用時間(: ~ :)
<input type="checkbox"/> ショートステイ 利用日数(日間 / 月)
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(レンタル) 品目名: 介護ベッド・車いす・歩行器・その他()
<input type="checkbox"/> 現在サービスは利用していない

7. その他(電話連絡、調査時に注意してほしいことなど)

(例:「本人に病名を知らせないでほしい。」など)

	次回受診予定日: 月 日
--	--------------

8. 認定結果通知の送付先

<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (〒)

窓口提出者 = 申請者 その他(氏名:) 受付者氏名: _____