

介護認定申請 相談連絡票
□2号 □切・新規 □前回非該当 □区分変更

被保険者番号

被保険者氏名(フリガナ)

介護保険を申請することに本人の同意は受けていますか。(有・無)

①申請にあたって誰かから勧められましたか。

()本人が望んで ()勧めがあって()より

②日常生活はどのようにお過ごしですか。

()日中でもベット上の生活 ()日中はおもに車いすの生活
()家の中は歩行できる ()近くなら外出できる

③申請する理由をお書きください。

(身体・精神)の症状が(急激に・徐々に)、(悪化・好転)しているため。
※入浴、排せつ、室内移動方法、入院の原因など

③認知機能の低下の有無

()無 ()有 (気になる行動)

⑤いま患っている病気があれば教えてください。

(骨折・脳梗塞・がん(部位))

④本人の前で話しにくい内容があれば別室でお聞きしますが、その必要はありますか。

()無 ()有

⑥その他、伝えたいことがあればお書きください。

病状未告知、ゆっくり大きい声で

⑦介護保険サービスの利用希望

□ホームヘルプ

□デイサービス

□短期入所

□訪問看護

□福祉用具レンタル (□ベッド □歩行器 □その他())

□住宅改修 (□手すり □段差解消 □その他())

□介護保険施設入所

□その他

相談者 :

(続柄)

記入者 :