

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請区分 | <div><input type="checkbox"/>新規申請   <input type="checkbox"/>更新申請   <input type="checkbox"/>区分変更（<input type="checkbox"/>状態悪化   <input type="checkbox"/>認定結果の不服   <input type="checkbox"/>状態改善）<br/>※区分変更申請で状態悪化の場合は、前回と比べ増えている介護の手間をご記入ください。<br/>（<br/>）</div> |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由 | <div><input type="checkbox"/>状態の改善   <input type="checkbox"/>状態の悪化（入院など）   <input type="checkbox"/>病院（医師など）の勧め   <input type="checkbox"/>家族の勧め<br/><input type="checkbox"/>介護サービスの利用検討<br/>    <input type="checkbox"/>通所サービス   <input type="checkbox"/>訪問サービス   <input type="checkbox"/>施設入所   <input type="checkbox"/>福祉用具   <input type="checkbox"/>住宅改修   <input type="checkbox"/>その他（<br/>）<br/><input type="checkbox"/>その他（<br/>）</div> |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|        |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人の状態等 | 現在の病気                                                                                                                                               | <div><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>認知症   <input type="checkbox"/>骨折（<br/>）   <input type="checkbox"/>がん（種類：<br/>）<br/><input type="checkbox"/>透析   <input type="checkbox"/>その他（<br/>）</div> |
|        | 認知症                                                                                                                                                 | <div><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり   <input type="checkbox"/>ありの疑い（症状：<br/>）   <input type="checkbox"/>不明</div>                                                                          |
|        | 聴力                                                                                                                                                  | <div><input type="checkbox"/>問題なし   <input type="checkbox"/>少し耳が遠い   <input type="checkbox"/>かなり耳が遠い   <input type="checkbox"/>筆談等が必要</div>                                                                        |
|        | <div><input type="checkbox"/>医療保険（医療機関）のリハビリを受けている。<br/>※医療保険（医療機関）のリハビリを受けている場合は、疾患等により介護保険のサービス（リハビリ）が優先となり利用できなくなる可能性があるため、医師（病院）にご確認ください。</div> |                                                                                                                                                                                                                    |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|---|---|---|---|---|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
| 訪問時に必要な事項            | 連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/>本人（連絡先（携帯等）：<br/>）   <input type="checkbox"/>申請者<br/><input type="checkbox"/>本人以外（氏名：<br/>続柄等：<br/>連絡先（携帯等）：<br/>）</div>                                                                                                                                                                                        |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|                      | 訪問調査の立ち合い                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <div><input type="checkbox"/>なし   <input type="checkbox"/>あり※連絡先と異なる場合のみ下記に記入してください。<br/>（氏名：<br/>続柄等：<br/>連絡先（携帯等）：<br/>）</div>                                                                                                                                                                                                             |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|                      | 訪問先                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div><input type="checkbox"/>自宅   同居人（<input type="checkbox"/>あり   <input type="checkbox"/>なし）</div>                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div><input type="checkbox"/>自宅以外（住所：<br/>連絡先（携帯等）：<br/>）</div>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div><input type="checkbox"/>病院：<br/>（<br/>棟<br/>号室）<br/><input type="checkbox"/>施設：<br/>転院・退院・退所（予定）日（<br/>月<br/>日）</div>                                                                                                                                                                                                                   |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|                      | 希望日                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <div>本人及び同席する人の都合の悪い曜日等（デイ等サービス利用日時を含む）に、×をご記入ください。<table><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><div>※訪問調査は平日の午前9時30分～午後3時で1時間程度です。<br/>※希望に沿えない場合があります。</div></div> |                                   |   |   |   |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 午前 |  |  |  |  |  | 午後 |  |  |  |  |  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 火                                 | 水 | 木 | 金 |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|                      | 午前                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| 午後                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| 診察日                  | <div>直近の診察日（<br/>年   月   日）</div>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div>次回の診察日（<br/>年   月   日）</div> |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| 調査当日調査員が<br>使用できる駐車場 | <div><input type="checkbox"/>あり（<input type="checkbox"/>敷地内   <input type="checkbox"/>敷地外（場所：<br/>）   <input type="checkbox"/>高さ・幅に制限あり）<br/><input type="checkbox"/>なし</div>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| ペット                  | <div><input type="checkbox"/>あり（種類：<input type="checkbox"/>犬   <input type="checkbox"/>猫   <input type="checkbox"/>その他（<br/>）／<input type="checkbox"/>屋内   <input type="checkbox"/>屋外）<input type="checkbox"/>なし<br/>※ありの場合、調査に支障が出ることがありますので、ご配慮をお願いします。<br/>また、屋内飼いでゲージがある場合は、ゲージを使用するようご協力をお願いします。</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| 留意事項                 | <div>※調査当日の注意点などあればご記入ください。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |