

要介護認定・要支援認定状況確認票

被保険者氏名	
--------	--

家族の状況	☐ 家族と同居					☐ 高齢者のみ		☐ 一人暮らし	
調査に関する連絡先	フリガナ		被保険者との関係		調査立会者	被保険者との関係 □有（ ） ・ □無			
	氏 名								
	住 所	〒 -			日中連絡のとれる連絡先	電 話 ：			
					連絡のとれる時間帯	携 帯 電 話 ：			
現在利用中のサービスがあれば記入してください	デイサービス	事業所名：（曜日）							
	ホームヘルパー	事業所名：（曜日）							
	訪問入浴	事業所名：（曜日）							
	訪問看護	事業所名：（曜日）							
	訪問リハビリテーション	事業所名：（曜日）							
	通所リハビリテーション	事業所名：（曜日）							
	ショートステイ	事業所名：（曜日）							
	過去6ヶ月以内の福祉用具の購入	用 具 名：							
	福祉用具のレンタル	用 具 名：							
	住宅改修	改修箇所：							
現在受診している医療機関	通 院	最終受診日： 令和 年 月 日							
		医療機関名：							
	入院中	入 院 日： 令和 年 月 日							
		医療機関名：							
障害者手帳	☐ 身体障害者手帳（種 級） ☐ 療育手帳（ ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（級）								
今までにかかった病気や怪我	年 月 病名：								
	年 月 病名：								
	年 月 病名：								
	年 月 病名：								
【新規】の方は介護サービスが必要となった経緯を 【変更・更新】の方は前回調査時からの経過を記入してください	-----								

