

状態確認票 (被保険者氏名)	
申請に至った経緯 ・歩行状態 ・移動状態 ・お風呂 ・食事 ・排泄 ・衣服の着脱 ・物忘れの程度 ・薬の服薬 ・持病 等	(いつ頃から、どのような症状で、お困りですか。介護の手間がかかっていますか。) (どのような状態で入院することになりましたか。) (前回申請時からどのように体・心の状況が変わりましたか。)
過去1年間の 入退院の状況	病院 期間 ~ 理由 ( ) 病院 期間 ~ 理由 ( ) 病院 期間 ~ 理由 ( )
新型コロナウイルス 感染症に係る 12ヵ月自動延長歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回数: /期間: ) 自動延長期間中の入院歴や新しい病院の受診歴、施設入所に至った経緯
障害者手帳の有無	有 ( 身体 ・ 知的 ・ 精神 ) 無

介護保険サービスを (  今後希望する ・  現在利用している )

<input type="checkbox"/> 訪問介護・訪問看護・訪問リハ 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜 日曜 <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜 日曜 <input type="checkbox"/> ショートステイ ( 月 日 ~ 月 日 ) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入 ( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 ( ) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 現在、利用中のサービスなし
いきがいデイサービスや生活支援ヘルパー、障がい福祉サービスを利用していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( デイサービス ・ ヘルパー ・ その他 ) 医療保険を利用したサービスを利用していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 通院リハビリ ・ 訪問看護 ・ 訪問リハビリ ・ その他 )

<b>★変更申請の方へ★</b> (1) 状況の変化 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 病気の悪化 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位 ) <input type="checkbox"/> 認知症状の悪化 <input type="checkbox"/> 介護者の状況変化 (2) 前回認定結果に不服がある (3) その他の理由 ( )
<b>★病院に入院中の方へ★</b> <input type="checkbox"/> 主治医と相談ができていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 退院はいつ頃ですか？ <input type="checkbox"/> 予定日: ( / ) <input type="checkbox"/> 未定 ( ) <input type="checkbox"/> 退院後の予定は？ <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 医療機関へ転院 (転院先で調査) <input type="checkbox"/> 病状は安定していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ