

介護保険 要介護認定・要支援認定
新規申請受付シート

年 月 日

氏名 () 年齢 () 歳

1.現在 なににお困りですか？

()

2.現在入院中ですか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の場合



入院の目的((傷病名:)の治療 ・ リハビリ ・ その他目的:)

入院日 (月 日) / 転院日 (月 日)

退院予定日 (月 日)

現在受けている医療の提供に関する特記事項 例:点滴中 など

()

3.上記2のほかに傷病があれば教えてください。

骨折・変形性膝関節症・脊柱管狭窄症・高血圧・糖尿病・透析・心疾患・脳血管疾患・

癌(部位: _____、末期:該当・非該当)・認知症・その他 ()

※上記の傷病は (他者による交通事故 ・ 工作中的事故等) によるものである 認定担当へ

4.申請前に地域包括支援センターや介護サービス事業所などに相談されましたか？

()

5.いつ頃からサービスの利用を希望されますか？

すぐにでも ・ 退院後すぐ ・ 1か月後 ・ 3か月後 ・ 半年以内 ・ その他 ()

※障害福祉のサービスの利用中ですか？ はい 障害担当へ連絡 ⇒ を入れること

6.どのようなサービスを希望されますか？ このサービスを希望→事業対象者では受給できません

訪問介護 ・ 通所介護 ・ 通所リハビリ ・ 訪問看護 ・ 福祉用具 ・ 住宅改修

短期入所(ショートステイ) ・ 施設入所

その他 ()

7.日常生活動作について この場合→要介護認定申請を検討

・屋内歩行 (ひとりでできる又はつかまればできる ・ 一部介助又はできない)

・更衣 (ひとりでできる又は一部介助でできる ・ できない)

・入浴 (ひとりでできる又は一部介助でできる ・ できない)

・食事摂取 (ひとりでできる ・ 一部介助又はできない)

・排泄 (ひとりでできる ・ 一部介助又はできない)

8.現在の介護者

妻 ・ 夫 ・ 息子 (同/別) ・ 娘 (同/別) ・ その他 ()

【この後の手続きについて】

1. 要介護/要支援認定申請を行う

2. 基本チェックリストに進む ※2号被保険者の場合は上記1のみ

3. 要介護/要支援認定申請も基本チェックリストも行わない

認定調査の際には調査員が訪問し、調査前約1週間の生活状況を伺います。

また、身体状況の確認のため、支障ない程度に手足の動きなどを見せていただくことに同意いただけますか？ はい ・ いいえ (理由:)