

# 介護保険〔要介護認定等（新規・更新）〕 申請書

(あて先) 周南市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

<b>被 保 者</b>	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 _____ ☎ _____			
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2	
		有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日			
	※ 現在介護保険施設・医療機関等入所（院）中のかたはご記入ください。				
	施設名		入所（院）期間	年 月 日～ 年 月 日	
所在地	〒 _____ ☎ _____				

<b>主 治 医</b>	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 _____ ☎ _____		
	受診(予定)日	年 月 日 ※概ね1ヶ月以内の受診又は受診予定日をご記入ください		

<b>提 出 代 行 者</b>	名称	該当に○をつけてください(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) 事業所の印  (担当介護支援専門員名: _____ )
	住所	〒 _____ ☎ _____

## 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(健康保険証コピーを添付してください)

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

1. 介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、認定結果及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。
2. 認定結果を主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。
3. 更新申請において、現在の認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から30日を超えて処分を行う場合であっても処理の見込期間及びその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

(本人署名が無理な場合)

本人署名 \_\_\_\_\_ 代理人署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

<b>訪 問 調 査</b>	連絡先氏名	立会人氏名				
	続柄 ( ) ☎	続柄 ( ) ☎				
	都合の悪い時間帯に×をつけてください	月曜日午前	火曜日午前	水曜日午前	木曜日午前	金曜日午前
	月曜日午後	火曜日午後	水曜日午後	木曜日午後	金曜日午後	

※ 裏面の「介護保険主治医意見書用問診票」にご協力ください。介護保険主治医意見書を医師に依頼する際、写しを同封いたします。

# 介護保険主治医意見書用問診票

記入日：平成 年 月 日

対象者名		現在の介護度 なし（新規）					有効期限 なし（新規）		
		要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	平成	年	月	日まで		
記入者名		続柄		記入者	( )	電話番号		—	

◆この問診票の内容は、主治医に提供いたします。あてはまる箇所には点でお答えください。◆

## 【1】体の動きはいかがですか？

- 体に不自由なところはなく活動に支障ない。
- 多少体の不自由なところはあるが、交通機関等を使って一人で外出できる。
- 多少体の不自由なところはあるが、隣近所は一人で外出できる。
- 介助なしでの外出は難しいが、家の中ではだいたい自分の事は自分でできる。
- 介助を受けてもまれにしか外出しない。寝たり起きたりの生活だが、家の中ではだいたい自分の事は自分でできる。
- 車いすが必要な生活だが、一人で乗り移ることができ、食事やトイレはベッドから離れて行う。
- 一人では車いすに乗り移ることが難しく、食事やトイレに関しても介助が必要。座位を保つことはできる。
- 一日中ベッド上の生活で、トイレ、食事、着替えに介助が必要だが、一人で寝返りはうてる。
- 一日中ベッド上の生活で、トイレ、食事、着替えに介助が必要で、一人では寝返りもうてない。

## 【2】介護者の方にお尋ねします。

### 認知症について気になる症状はありませんか？

- 認知症はない。
- もの忘れなどはあるが、一人で生活できる。
- 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物先でおつりをまちがえたりする。
- 家の中でも薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応ができず、一人での留守番が難しい。
- 着替え・食事・トイレ等の方法が分からなくなり介助を必要とすることがある。また、日中を中心に問題行動がある。
- 着替え・食事・トイレ等の方法が分からなくなり介助を必要とすることがある。また、夜間を中心に問題行動がある。
- 会話が噛み合わないことが多く、昼も夜も問題行動が見られる為、周囲は目が離せない。また、自分の事が自分でできず介助が必要。
- 暴力をふるったり、理由も無く周囲を責めたり対応困難な問題行動がある。家族の支援だけでは過ごせないため専門医療での対応が必要。

### ◎ 契約されている居宅介護支援事業所名

## 【3】理解や記憶についてお尋ねします。

- ① 直前のことを思い出すことができますか？  
 はい  いいえ
- ② 物事を自分で決める（判断する）ことができますか？  
 できる  だいたいできる  
 あまりできない  全くできない
- ③ 自分のして欲しいこと、欲しくないことをきちんと伝えられますか？  
 伝えられる  だいたい伝えられる  
 あまり伝えられない  全く伝えられない

## 【4】介護者の方にお尋ねします。

### 以下のような問題行動はありませんか？

- 実際にはいない人や虫、動物などが見えると言う。
- 実際にはいない人の声や物音が聞こえると言う。
- 金品などを盗まれたなど実際にはない事を言う。
- 昼間寝て、夜間騒ぐ。
- 暴言をはく。
- 暴力をふるう。
- 介護する際に抵抗して世話ができない。
- 目的もなく出歩き、迷子になる。
- ガスの消し忘れなど、火の不始末がある。
- 便をこねたり、尿を撒き散らしたりする。
- 紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べる。
- 性的問題行動がある。

## 【5】生活機能についてお尋ねします。

- ① 屋外歩行はできますか？  
 1人でできる  助けがあればできる  
 していない
- ② 車椅子は使用していますか？  
 用いていない  自分で操作している  
 他人が操作している
- ③ 歩行補助具・装具は使用していますか？  
 用いていない  屋外で使用している  
 屋内で使用している
- ④ 食事は一人で食べられますか？  
 何とか自分で食べられる  
 自分では全く食べられない

### ◎ 介護保険の申請をされた理由をご記入下さい。