

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

新規 更新・変更・転入

記入例

(あて先) 周南市長

次のとおり申請します。

注1

申請年月日 令和〇年△月×日

フリガナ 申請者氏名	シュウナン ハナコ 周南 花子	被保険者 との続柄	子
提出代行者名称	注2 ○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人保健施設・介護老人保健施設・介護医療院)		
申請者又は 提出代行者住所	〒745-×××× 周南市●●●町	注3 ○	電話番号 0834-●●-△△△△

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0		
	フリガナ	シュウナン タロウ		性別	男・女	
	被保険者氏名	周南 太郎		生年 月日	明・大・昭 10年●月×日 (90歳)	
	住 所 (住民登録場所)	〒745-0000 周南市〇〇〇〇町		電話番号	0834 (00) 0000	
	現在(前回)の 要介護状態区分等	要介護() 要支援	注4 ○	自立	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
	申請理由 (新規・変更のみ記入)	骨折により、歩行が困難となったため。			注5 ○	
	医療保険の 加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 山口県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 周南市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 () 保険者・番号 (352153) 被保険者記号・番号・枝番 (〇〇〇〇〇〇〇)				
	特定疾病名	注6 ○		※2号被保険者は資格確認ができるものを提出		
入院・入所の状況 (認知症グループホーム・特定施設を含み、短期入所を除く)	入所・入院施設の名称	周南△□病院		入院・入所期間		
	所在地	〒745-×××× 周南市××××町 電話番号 0834 (××) ××××		注7 ○	令和△年〇月×日 ~ 令和△年×月〇日	
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、周南市長が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、周南市長から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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合も含む。)ことに同意します。						
被保険者氏名(代筆可)	周南 太郎		(代筆者氏名)	周南 花子		
注8 ○						

※14日以内に他自治体から転入した方はこちらを記入

前保険者名 (転出元市町村名)	注9 ○	現在、転出元市町村に要介護・要支援認定申請中ですか? はい(申請日 年 月 日)・いいえ
--------------------	------	---

主治医	医療機関名	周南診療所	主治医氏名	周南 次郎	最終受診日	令和 ●年 ×月 △日
	所在地	〒745-〇〇〇〇 周南市〇〇〇町		注10 ○	電話番号 0834- (□□) -□□□□	

訪問調査	立会人	フリガナ シュウナン ハナコ 氏名 周南 花子	続柄	子	※日中確実に連絡が取れる番号を記入ください。 電話番号 〇〇〇 (△△△△) ×××× 連絡が付きやすい時間帯【いつでも連絡可】		
	訪問先	自宅	入院・入所施設 他【	サービス内容	連絡事項		
	希望日	月	火	水	木	金	現在なし
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	注11 ○
耳が遠く、大きな声で声掛けが必要。							

[確認欄] 個人番号/□身元確認(本人/代理人) 顔写真あり1点□顔写真なし2点□代理権() □被保険者証回収□

※別紙記入例を参考に記入ください。

介護保険主治医意見書用問診票

記入日：令和 年 月 日

対象者名	周南 太郎	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	令和 年 月 日 まで
記入者名	周南 花子	続柄 子	記入者 電話番号 (0834) ●●-△△△△
契約されている居宅介護支援事業所			

◆この問診票の内容は、主治医に提供いたします。あてはまる箇所にし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すか？

- 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。

◎介護保険を申請された理由をご記入ください。

【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すか？

- 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
- ⑤ 身長 170 cm 体重 55 kg
過去6ヶ月、体重の変化はありましたか？
 - 増えた 変わらない 減った
 - 分からない(測っていない)

歩行困難で入浴が難しいので、デイサービスなどを利用したい。