介護保険　要介護認定申請聴取票

（１）被保険者の保険情報等を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏　名 |
| 　　　一人暮らし　　　　　高齢者世帯　　　　　　同居世帯　　　　　　その他 |

（２）被保険者の状況

2-1今回の申請に関係する主な病名または症状があれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

2-2日常生活該当するものに〇を付けてください。

|  |
| --- |
| (１)　歩行の状態支えなく歩ける　　・　　杖等があれば歩ける　　・歩けない　　・　　わからない(２)　物忘れの状況　　　　ない　・　時々忘れるが日常生活に支障はない　・　物忘れが多く日常生活に支障がでている(３)　外出の状況　　　　一人でできる　　・　　介助があればできる　　・　　していない　　・　わからない |

2-3入院中の場合のみ記入してください。

|  |
| --- |
| (１)　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）病棟・病室（　　　　　　　　　）　　　　病院相談員の名前が分かれば記入してください。（　　　　　　　　　　　　　）(２)　リハビリを行っていますか？リハビリ中　　・　　行っていない　　・　　わからない(３)　入院期間（退院の時期）について病院から説明がありましたか　　　　ある（　　　　年　　　　月頃）　　　　ない　　・　　わからない(４)　転院について病院から説明がありましたか？　　　　ある（療養型の医療施設　・　リハビリを行うための医療施設）　　　　　※ある場合時期（　　　　　年　　　　　月頃）　　　　ない　　・わからない |

（３）その他について，該当するものに〇を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (１)　困っているのですぐに介護保険サービスを利用したい。

|  |
| --- |
| 具体的なサービスの希望があれば記入してください。 |

(２)　認定結果を自宅以外に送ってほしい。（今回のみ）

|  |
| --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係（　　　　　　） |
| 住所　　 |

(３)　その他（自由記入欄） |