要介護・要支援申請　確認票

被保険者番号		氏　名		生年月日		歳
申請の経緯						
入　院 □ 有 □ 無	病 院 名	病院　　科　　階・病棟　　担当				
	入院期間	R　　年　　月　　日 ～ R　　年　　月　　日　□ 未定				
	病　　名					
	転院予定	□ 有　R　　年　　月　　日　　病院				
家族構成						
既 往 歴	病名	医療機関　　（　月　回）				
	病名	医療機関　　（　月　回）				
心身状況	歩　　行	□ 独歩　□ 伝い歩き　□ 杖歩行　□ 車椅子　□ 不可（寝たきり）				
	排　　泄	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助				
	認知症状	□ 無　□ 有　（　　）				
	配慮事項					
サービス □ 暫定 □ 希望	□ ヘルパー　（　　） □ デイサービス　（　　） □ デイケア　（　　） □ ショートステイ　（　　） □ その他　（　　）	□ 福祉用具レンタル （　　） □ 住宅改修 □ 施設入所				
備考						