

記入例

必ず記入してください

[illegible]

①要介護・要支援認定には「主治医意見書」が必ず必要です。
事前に、主治医の氏名を確認しておいてください

②複数の医療機関に通院している場合は、介護を主要因として通院している医療機関や主治医氏名を記入してください

〇〇 〇〇 医師
医療機関名
〇〇 病院
〒 〇〇〇〇
〇 市 〇〇 町 〇〇 番地
電話番号 0887-〇〇-〇〇〇〇

場合の記入してください
 上記の氏名を記入してください
 確認が記入された筆名
 ご本名の合意
 者の場合と
 容陰名氏
 内保氏筆名
 意被本人代
 同①本②本

2号被保険者の場合は、健康保険証の写しの提出が必要です。

本人氏名 ○南 ○男
(代筆者氏名) ○南 ○子

手続きを円滑にするために、以下の欄の記入をお願いします。

記入例

申請者	氏名	○南 ○子	続柄
	住所	香南市○○町○野○○○番地	
	連絡先	0887-○○-○○○○	

調査場所	1. 自宅（住民票の住所地） ② 病院・施設〔名称： ○○病院 電話：088-○○○-○○○○〕 3. その他〔住所： 宅〕																				
調査日の希望 ※調査は原則月曜日から金曜日（祝日除く） 9：00から 15：30までに開始	1. なし ② あり【都合の悪い曜日・時間帯に×をしてください】 <table><tr><td></td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td></tr><tr><td>午前</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td></td><td>×</td></tr><tr><td>午後</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td></td><td>×</td></tr></table>				月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	午前	×	×	×		×	午後	×	×	×		×
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日																
午前	×	×	×		×																
午後	×	×	×		×																
調査立会者	② あり〔氏名： ○南 日中の電話番号（080） 連絡可能時間帯： ～																				
生活状況	1. 独居 ② 同居 (2は家族構成〔本人、子夫婦の3人世帯〕)																				
本人の状況	認知（あり）・なし 難聴（あり） 主な疾病名〔腰椎圧迫骨折〕 ※入院中の場合 入院先（一般病棟） 退院又は転院予定（なし）																				
主治医医療機関への受診日 ※在宅の方のみ記入	前回 年 月 次回予定日 年 月																				
今回の申請理由	① 新たに介護サービスを利用希望〔内容： 2. 現在の介護サービスを継続利用希望 3. 主治医のすすめ〔利用希望サービス内容： 4. その他〔																				
サービス利用状況 ※更新の方のみ記入	サービス名	曜日	事業所名																		
	(例) デイサービス	月・火・水・木・金	デイサービス香南市																		
	デイサービス	月・火・水・木・金	デイサービス○○																		
	訪問入浴	月・火・水・木・金	訪問入浴○○																		
		月・火・水・木・金																			
		月・火・水・木・金																			
	ショートステイ利用有	/ ~ /																			
	福祉用具貸与（申請月合計点数）	品目																			
特定福祉用具販売（過去6カ月）	2 点																				
住宅改修（今まで）	有 ・ 無																				
その他留意すべき事項																					

調査日は月曜日から金曜日です。土日祝日は除きます。調査開始時間は9：00～15：30です。

・感染症等の影響で面会制限のある医療機関等では、立会できない場合があります

「認知」については、認知症の診断がある場合や、ご家族の判断として認知症を感じられている場合は、「有」に○を入れてください

「難聴」については、難聴の診断がある場合や、ご家族が難聴と判断される場合に「有」に○を入れてください

会話時の注意点として
①対面で大きめに話す
②耳元で大きめに話す
③筆談を必要とする
等を空欄に記入してください

各欄に書ききれない場合や留意事項があれば、記入してください。

市 確 認 欄	身元確認	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ パスポート ☐ 介護士指導員免許 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）
	代理権確認	☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ 公的医療保険の資格確認書 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険帳簿（居宅サービス計画届出済） ☐ その他（ ） ※2号被保険者の場合は医療保険加入者が対象
		受付者