

サービス状況調査票			申請区分 (※1)	(新)変・更	被保険者番号(※2)					
被保険者 (※3)	氏名 釧路 太郎	電話	0154 - ×× - ××××							
		携帯電話	090 - ×××× - ××××							
申請者 (※4)	氏名称 釧路居宅介護支援事業所 続柄	電話	0154 - ×× - ××××							
		携帯電話	090 - ×××× - ××××							
申請理由 (※5)	身体の衰えが顕著となり一人では自立した生活を送ることが困難となってきたため。			希望のサービス (※6)	訪問介護、通所介護					
現在利用中のサービス (※7) (有) <input type="checkbox"/> (無) <input checked="" type="checkbox"/>	サービス名	事業所名		サービス名	事業所					
	訪問介護 (ホームヘルプ)			通所リハビリ (デイケア)						
	訪問入浴介護			通所介護 (デイサービス)						
	訪問看護			居宅療養管理指導						
	訪問リハビリ			短期入所生活介護						
	住宅改修	有 ・ 無		短期入所療養介護						
	認知症対応型 共同生活介護			認知症対応型 通所介護						
	小規模多機能型 居宅介護			その他						
福祉用具の 貸与・購入	品名			業者名						
施設入所中 (施設名){※8}										
病院入院中 (病院名、病棟){※9}					退院予定日 (※10)	/				
調査場所 (※11)	黒金町××丁目×番×号 市役所マンション1号室				駐車場所 (※12)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
調査時の希望等 (※13)	対象者は認知症状があるのだが、対象者の前で認知症の話をするとう怒り出すため別室にて認知症状について聞き取りをしてもらいたい。									
同席者 (※14)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	ふりがな 同席者氏名	釧路 一郎	続柄	長男	電話	0154 - ×× - ××××			
						携帯電話	090 - ×××× - ××××			
かかりつけ医 の受診状況(※15)	前回 受診日	3 / 3	次回 受診日	4 / 4	がん末期による審査判定 の緊急性(※16)	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無				
緊急連絡先 (※17)	ふりがな 氏名	釧路 一郎	続柄	長男	電話	0154 - ×× - ××××				
					携帯電話	090 - ×××× - ××××				
送付先 (※18)	1. 被保険者の住所 2. 申請者 ③ その他(下に詳細を記載して下さい。)									
	〒	085-0034	住所	白金町×番×号 市役所マンションII 5号室		氏名	釧路 一郎			続柄
その他 (※19)						受付印(※20)				

サービス状況調査票新様式の記入要領

- ※1 被保険者の申請区分を○で囲って下さい。
- ※2 被保険者の被保険者番号を記入して下さい。
- ※3 被保険者の氏名、電話番号(携帯電話を含む)を記入して下さい。
- ※4 申請者の氏名または名称(事業所名)、続柄(事業所の代行申請の場合は記入不要)、電話番号(携帯電話を含む。)を記入して下さい。
- ※5 申請理由を具体的に記入して下さい。
- ※6 希望するサービスを記入して下さい。
- ※7 現在使用しているサービスがある場合は「有」を○で囲い、使用しているサービスの欄に事業所名を記入して下さい。サービスの利用がない場合は「無」を○で囲って下さい。
- ※8 現在入所中の施設名を記入して下さい。
- ※9 現在入院中の病院名、病棟を記入して下さい。
- ※10 現在入院中で、退院予定のある場合は退院予定日を記入し、予定のない場合は「未定」と記入して下さい。
- ※11 調査を行う場所の住所を記入して下さい。(マンションや公営住宅の場合は棟名、階、部屋番号まで記入して下さい。)
- ※12 調査を行う場所に、調査員の車両を駐車出来る場所の「有・無」を○で囲って下さい。
- ※13 調査の際に注意してもらいたい事などの希望・要望がある場合は記入して下さい。
- ※14 調査時の同席者の「有・無」を○で囲い、同席がある場合は同席者の氏名、ふりがな、続柄、電話番号(携帯電話を含む)を記入して下さい。
- ※15 主治医意見書担当医の「前回受診日」と「次回受診日」を記入して下さい。
- ※16 がん末期のため審査判定に急を要する状況の「有・無」を○で囲ってください。
- ※17 対象者へ連絡が着かない際の緊急連絡先を氏名、続柄、電話番号(携帯電話を含む)まで記入して下さい。
- ※18 認定結果通知の郵送先を記入して下さい。
- ※19 その他連絡事項がある場合に記入して下さい。
- ※20 市役所で受け取った際に押印しますので、記入はしないで下さい。