

| サービス状況調査票 | | | 申請区分 | 新・変・更 | | 被保険者番号 | | | | | |
|---------------|---|-------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------|----|-------|---|--|--|
| 被保険者 | 氏名 | 電話 | | - | | - | | | | | |
| | | 携帯電話 | | - | | - | | | | | |
| 申請者 | 氏名 名称 | 続柄 | | 電話 | | - | | - | | | |
| | | | | 携帯電話 | | - | | - | | | |
| 申請理由 | | | 希望のサービス | | | | | | | | |
| 利用中のサービス(有・無) | <input type="checkbox"/> | 訪問介護 | <input type="checkbox"/> | 認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> | 短期入所生活介護 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> | 小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> | 短期入所療養介護 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 訪問看護 | <input type="checkbox"/> | 通所リハビリ | <input type="checkbox"/> | 認知症対応型通所介護 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 訪問リハビリ | <input type="checkbox"/> | 通所介護 | <input type="checkbox"/> | その他 (下に詳細を記載して下さい) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 住宅改修 | <input type="checkbox"/> | 居宅療養管理指導 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 福祉用具 貸与・購入 | 品名: | | | | | | | | |
| 施設入所中(施設名) | | | | | | | | | | | |
| 病院入院中(病院名、病棟) | | | | | | 退院予定日 | / | | | | |
| 訪問調査 | 同席者 | ふりがな 氏名 | 続柄 | | 電話 | | - | | - | | |
| | | | | | 携帯電話 | | - | | - | | |
| | 日程調整 連絡先 | 本人 ・ 同席者 ・ 申請者 | | | 電話 | | - | | - | | |
| | | その他 (ふりがな氏名 続柄) | | | 携帯電話 | | - | | - | | |
| | 調査場所 | 1. 自宅 (一軒家 ・ 集合住宅 階 号室) | | | | | 表札 | 有 ・ 無 | | | |
| 2. 病院 () | | | | | 駐車場所 | 有 ・ 無 | | | | | |
| 3. その他 () | | | | | | | | | | | |
| 調査時の留意点・希望等 | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医の受診状況 | | 前回 受診日 | / | 次回 受診日 | / | がん末期等による 審査判定の緊急性 | | 有 ・ 無 | | | |
| 緊急連絡先 | ふりがな 氏名 | 続柄 | | 電話 | | - | | - | | | |
| | | | | 携帯電話 | | - | | - | | | |
| 送付先 | 1. 被保険者の住所 2. 申請者(本人・家族の了承済み) 3. その他(下に詳細を記載して下さい。) | | | | | | | | | | |
| | 〒 | - | 住所 | 氏名 | | 続柄 | | | | | |
| その他 | | | | | | 受付印 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |