

- 介護保険申請
- 基本チェックリスト実施
- その他

## 情報提供書

※基本チェックリスト実施者は、灰色部分は記入不要

日時	令和 年 月 日 時 分受付	場所	訪問・電話・来所・その他 ( )
		対応	氏名: 所属:

※下記の太枠内について可能であれば相談者等に直接ご記入いただいでください。(誤記載防止のため)

被 保 険 者	被保険者番号	000	被保険者区分	1号被保険者・2号被保険者		
	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名		年齢	歳	性別	
	住所	〒669- 丹波市		電話番号	( )	
申 請 者	ふりがな		本人から見た続柄			
	氏名					
	住所	〒	電話番号	( )		
			携帯電話番号	( )		

**1 相談理由**

介護サービスを利用したい   
  医療機関に勧められた   
  家族・本人が将来を心配して  
 新しい総合事業によるサービスを利用したい   
  その他 ( )

**2 第三者行為の確認**

介護が必要になった原因は交通事故等ですか

いいえ     はい

**3 事業対象者の登録状況、くらし応援隊の利用状況**

問1 現在、「事業対象者」ですか

いいえ

はい ⇒ 問2 「くらし応援隊」を利用していますか

利用している   
  利用していない   
  不明

**4 本人の健康状態** 【基本チェックリスト実施者は記入不要】

①入院について     入院していない     入院している (下記を記入してください)

	病院	号棟	号室
入院日	年 月 日	病名	

②認知症について     認知症は無い     軽い物忘れがある     重度の物忘れがある

③歩行について     自分でできる     杖や押し車が必要     歩けない

④食事について     自分でできる     介助が必要

⑤排泄について     自分でできる     介助が必要     オムツなどで対応

⑥入浴について     自分でできる     介助が必要     主に体を拭いている     入っていない

**5 介護サービスの利用はいつから希望されますか** 【基本チェックリスト実施者は記入不要】

介護サービスは使う予定だが、認定（約1カ月後）が出てからの調整でよい

退院や退所する時に利用したい（退院等の時期：令和 年 月 日頃）

早急に利用したい（理由： \_\_\_\_\_）

【基本チェックリスト実施者は調整不要】

**6 訪問調査日について（別紙「訪問調査予約票」を介護保険課介護認定係と調整のうえ、記入してください）**

訪問調査日	<input type="checkbox"/> 調整済： 月 日（ ） 時 分 <input type="checkbox"/> 未調整：調整が済んでいない場合、下記に理由を記入してください
日程未調整 の理由	<input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※入院中等により調査の立会はないが、調査日程の連絡が  必要  不要

**7 居宅サービス計画作成依頼届出書等（ケアマネジャー）の届出状況**

なし  あり（下の表に記入してください）

提出	届出書種別	事業所名
<input type="checkbox"/>	介護保険居宅サービス計画作成依頼届出書（要介護1～5）	
<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書（要支援1・2）	
<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書（事業対象者）	

※基本チェックリスト実施（事業対象者登録）の場合、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出は必須です。

**8 その他特記事項（必要があれば、記入してください。）**

-----

-----

-----

-----

-----

介護（予防）サービス計画の作成、介護予防ケアマネジメント、各種福祉サービス等の調整に必要があるときは、本情報提供書の内容を市から各種関係者に提示することについて同意いただけますか

同意します

同意しません



本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_