

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ下記について記入してください

特定疾病(該当するものに○をつけてください)

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| 1 がん
【医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断されたもの】 | 7 進行性核上性麻痺、
大脳皮質基底核変性症
及びパーキンソン病 | 12 糖尿病性神経障害、
糖尿病性腎症
及び糖尿病性網膜症 |
| 2 関節リウマチ | 8 脊髄小脳変性症 | 13 脳血管疾患 |
| 3 筋萎縮性側索硬化症 | 9 脊柱管狭窄症 | 14 閉塞性動脈硬化症 |
| 4 後縦靭帯骨化症 | 10 早老症 | 15 慢性閉塞性肺疾患 |
| 5 骨折を伴う骨粗鬆症 | 11 多系統萎縮症 | 16 両側の膝関節又は
股関節に著しい変形を
伴う変形性関節症 |
| 6 初老期における認知症 | | |

医療保険情報

医療保険者名			
医療保険者番号		医療保険証記号番号	
被保険者名		続柄	
取得日		<input type="checkbox"/> 写し	

介護保険 要介護認定 訪問調査にあたって

介護保険の申請者 (要介護認定を受けようとしている方)

訪問調査日程調整の連絡先 ** 電話番号は、平日の日中に連絡が取れるところを記入してください **

本人(申請者)
 申請書を提出した人
 その他⇒ 氏名： _____ 申請者との関係【 _____ 】
 住所： _____ 電話番号： (_____)

訪問調査当日の立ち会い者 * 家族や施設職員等、申請者の日頃の状況を把握している方をお願いします *

上記日程調整者と同じ
 その他⇒ 氏名： _____ 申請者との関係【 _____ 】
 住所： _____ 電話番号： (_____)
 立会い者なし

↓↓↓ 手続を円滑に進めるために、以下の欄の記入をお願いします ↓↓↓

訪問調査	曜日	時間帯	訪問先
	いつでもよい	いつでもよい	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病室等を記入してください <hr/> ⇒ 駐車場 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 _____ 】
	月		
	火	午前	
	水		
	木	午後	
金			

その他特記すべき事項

・サービス利用希望(予定)・疾病・認知症の状況等・認定手続にあたり留意すべき事項 等

** 過去6カ月以内に交通事故にあったことがある⇒ 無 有【 _____ 】

