

○ 2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名	① がん末期 ② 関節リウマチ ③ 筋萎縮性側索硬化症 ④ 後縦靭帯骨化症 ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥ 初老期における認知症 ⑦ パーキンソン病関連疾患 ⑧ 脊髄小脳変性症 ⑨ 脊血管狭窄症 ⑩ 早老症 ⑪ 多系統萎縮症 ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬ 脳血管疾患 ⑭ 閉塞性動脈硬化症 ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 ⑯ 両側の膝関節又は肘関節に著しい変形を伴う変形性関節症		

○ その他連絡先にチェックをつけた方は、記入してください。(各種案内等を送付します)

連絡先	フリガナ		本人との関係
	氏名		
	住所	〒 電話番号	

○ 同意欄本人欄を本人に変わって記入した方は、記入してください。

代理者	フリガナ		本人との関係
	氏名		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 〒 電話番号	

* できるだけ聞き取りしてください

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (病室名) (退院予定日) <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所中 (施設名)	歩行 (自立・一部介助・全介助) 食事 (自立・一部介助・全介助) 入浴 (自立・一部介助・全介助) 意志伝達 (可・一部可・全不可)	世帯状況及び身体状況の特記	申請日現在の年齢 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳未満
-------	---	--	---------------	--

事務処理チェック欄

<input type="checkbox"/> 状態安定の確認 (申請者)	<input type="checkbox"/> [入院者のみ] 病室への状態確認	備考
<input type="checkbox"/> 次回受診日 月 日頃 (遅くとも2Wまで)	<input type="checkbox"/> 介護保険証の回収 (済・調査時回収)	
<input type="checkbox"/> サービス計画依頼届出書 (記入済・後日回収)	<input type="checkbox"/> 連絡先・代理記入者欄の確認	
<input type="checkbox"/> 訪問調査の日程調整 月 日 () AM・PM :	<input type="checkbox"/> [2号保険者のみ] 医療保険証のコピー	受付者
<input type="checkbox"/> 訪問調査員 ()	<input type="checkbox"/> [希望者のみ] 受給・資格者証の発行	
調査員への連絡事項 <input type="checkbox"/> 立ち会い 有 (氏名:)・ 無 (理由:)		