【新規】　聞き取り票

本人氏名	行政区（　　）	受付	

【1.申請をする上での事前確認事項】*必須

* ☐ 申請について本人は知っている
* ☐ 病院でリハビリ等のサービスを利用していない

※医療のリハビリを利用されている方（する予定のある方）は、介護保険のリハビリが優先となります。
詳しくはかかりつけ医にお問い合わせください。

【2.申請理由】

☐ 申請していると安心だから　　☐ 病院から勧められたから
☐ サービスを利用したいから（　　）
☐ 生活に不安があるから（ ☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他　　）
☐ 本人の状態が良くないから
☐ 入院している（していた）→ 入院理由 ☐ 癌 （　　☐ 末期 ）
☐ その他（　　）

本人の状態・現在お困りのこと

【3.調査先等】

☐	病院	病院名（病棟、相談員等分かる範囲でご記入ください） 連絡先	
☐	施設	施設名	病院受診予定日 （　　月　　日　）
☐	その他	☐ 自宅 ☐ 自宅以外（　　）	➡次回の受診日が２～３週間先になる場合、認定結果が出るまでに時間を要します。早めの認定結果を希望される方は、近日中の受診をしていただきますよう、ご協力をお願いいたします。

【4.調査の立会・連絡先】

申請者氏名		続柄	
立会者氏名	☐ 申請者に同じ　☐ 施設（病院）職員	続柄	
立会の有無	☐ 有　☐ 無	※可能な限り日頃の状況を把握している人の立ち会いをお願いします	
連絡先			

【5.結果（新しい介護保険被保険者証等）の送付先】※自宅以外の場合は、本人もしくは家族の同意が必要です

☐ 自宅　☐ 自宅以外（　　☐ 同意有 ）

【6.その他の連絡事項】

【7.事務局欄】

☐ 包括連携済み　　☐ 未連携