

【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 ☐ 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. 申請者・立会者情報】			
申請者	氏名	（続柄）	
	連絡先		
立会者	氏名	☐ 申請者と同じ ☐ 施設（病院）職員 ☐ 無 ☐ その他（ ）	（続柄）
	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			