

介護保険（要介護・要支援）認定申請書 令和 年 月 日

伊勢原市長 殿 申請区分 ☐新規（☐認定切れ ☐要支援の変更） ☐更新 ☐変更（理由：状態の変化・その他）

☐転入 次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医療 保険	保険者名											保険者番号												
		被保険者証	記号											番号											枝番
	フリガナ 氏 名												生年月日 年 月 日 年 齢		明・大・昭 年 月 日 (歳)										
	住 所		〒 伊勢原市										電話番号 ()												
	※前回の認定結果 新規申請は記入不要		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間/ 年 月 日から 年 月 日まで 伊勢原市へ転入して14日以内の方は下記をご記入ください。 前市区町村【 】で認定あり・なし・申請中【 年 月 日申請日】																						
	現在の状況		在宅・入院中・施設入所中・その他 ()																						
	入院・入所の 施設・所在地		病院・施設名 電話番号 () 住所 〒 階																						

●申請者の区分 ☐本人 ☐代理・代行人（被保険者家族を含みます）

フリガナ 申請者氏名			被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()			
提出代行者名	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） 名 称 住 所 〒 電話番号 ()			

主 治 医 *最近の本人の 身体的精神的 状態をご存じ の先生を記載 してください	医療機関名			(診療科)	(科)	
	所在地	※市内の場合は記入不要 〒 電話番号 ()				最終受診年月
						年 月

※次の欄は、40歳から64歳の方で医療保険加入者（2号被保険者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名		※記載し保険者証のコピーを必ず添付	

情報提示・提供に関する同意書 *以下の欄は、内容をよくお読みの上、任意で記載してください。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示又は提供することに同意します。

被保険者氏名（代筆可） _____

※訪問調査予定日 年 月 日 () : ~ ※調整済（家族・CM 包括・病院・施設等）

☐後日調整必要（家族等から連絡・市から連絡） → 電話調整済（家族・CM 包括・病院・施設等）

事務処理欄

担当者	受付・入力	被保険者証 の添付	資格者証 窓口交付	主治医 意見書	調査日程 入力	最終調整者
		有・無	有・無	持参	有・無	

●受付メモ

- ☐ **新規申請の場合**：身体状況等について
(申請理由や希望するサービスがあれば記載)
- ☐ **更新申請の場合**：前回申請時と比べて、☐ 特に変化なし
☐ 変化あり⇒(その内容について記載)
- ☐ **区分変更申請の場合**：身体状況等状態の変化について

●その他、調査時に留意して欲しいことについて

●家族状況について

☐ 独居 ☐ 同居（夫婦のみ） ☐ 同居（その他）（ ☐ ただし、日中独居 ）

●家族等、訪問調査の立会い(同席)について

☐ ある （同席者： 被保険者との関係： ）
☐ ない （連絡先： ）

●訪問調査の日程調整にあたり、都合の悪い曜日や時間帯について

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

☐ 特にない

★介護保険「主治医意見書作成支援用」問診票の記入についての注意点

- ・原則 伊勢原市内の病院には問診票が必要になりますので、次ページの問診票をご記入ください。

- ・認定申請書提出の際に、市役所に提出してください。

ご不明点は担当までご連絡ください。

伊勢原市からのお願いです。

◎ご本人、ご家族、ケアマネジャー様へ・・・ご記入の上、申請時に伊勢原市役所の介護保険担当窓口まで申請書と一緒にご持参ください。

この問診票は、主治医が介護保険「主治医意見書」を作成される場合に、日ごろの状況をさらに詳しくご記入いただく補助資料となるものです。主治医意見書作成を依頼する際に利用します。

◎主治医の皆様へ ……意見書記入の際、ご参考にいただければ幸いです。
この問診票は、意見書作成を支援する任意の書類です。伊勢原市への返却は必要ありません。

記入年月日 令和 年 月 日

介護保険「主治医意見書作成支援用」問診票

フリガナ 本人 氏名	住所 伊勢原市 〒 259 -		
性 別	男性	女性	電話 - -
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	記入者 氏 名	続 柄

お願い 該当する項目に ☒ (チェック)を付けてください。

【障害高齢者日常生活自立度】

①今のお体の状態について、最も近いものはどれですか？

- (自立) ☐ 特に問題もなく健康である。
- (J) ☐ 何らかの病気や体力低下はあるが、日常生活は自立しており一人で外出もできる。
- (A) ☐ 屋内での生活は自立しているが、外出には付き添いが必要である。
- (B) ☐ 屋内での生活にも何らかの手助けが必要で、日中もベッド上で過ごすことが多い。
- (C) ☐ 1日中、ベッド上で過ごしており、食事やトイレ等生活全般に介助が必要である。

【認知症高齢者日常生活自立度】

②現在の認知症の症状・物忘れ等について、最も近いものはどれですか？

- (自立) ☐ 認知症の症状（ひどい物忘れや被害妄想等）はない状態。
- (Ⅰ) ☐ 時折は物忘れもあるが、年齢相応で日常生活の上では問題となっていない状態。
- (Ⅱ) ☐ 認知症の症状はあるが、誰かの注意があれば生活上問題にならない状態。
- (Ⅲ) ☐ 日常生活にも支障があり、誰かの介助を必要としている状態。
- (Ⅳ) ☐ 日常生活にも支障があり、常に目が離せない状態。
- (M) ☐ 精神症状や認知の症状が常に見られ、専門医療が必要な状態。

※裏面につづく

③次の行動等は、ありますか？

該当するものに ☒ をし、頻度・回数欄に ○を付けてください。

☐ 過去も、現在も(おおむね 1 か月以内に)、以下のいずれも、該当する行動等はない。

気になる行動等	起こりうる頻度・回数		
	週1~7回	月1~3回	以前あった
☐ 見えないものが見える、聞こえないものが聞こえる。(幻視・幻聴)			
☐ 物を盗られた等の被害妄想等がある。(妄想)			
☐ 夜間眠れずに日常生活に支障がある。(昼夜逆転)			
☐ 大声を出す、暴力的な発言・暴力を振るう。(暴言・暴行)			
☐ 介護者の助言や介護に抵抗する。(介護への抵抗)			
☐ 目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない。(徘徊)			
☐ 火の始末や管理が出来ない。(火の不始末)			
☐ 便をいじる等の不潔行為がある。(不潔行為)			
☐ 食べられない物を食べてしまう。(異食行動)			
☐ 食事したことや金銭のありか等を忘れる。(ひどい物忘れ)			
☐ 5分・10分前のことも忘れてしまう。(短期記憶)	常に	時々	ない
☐ 日付・時刻、居場所、身近な人の識別ができない。できることとできないことが自分で理解できない。(認知判断能力)	常に	時々	ない
☐ 自分の意思が相手に十分に伝えられない。(意思伝達)	常に	時々	ない

④現在のお体の状況は？ 該当する項目をご記入ください。

●利き腕は 右 左

●体重は kg

⇒ (※半年前と比較して 増えた・減った・変わらない)

●身長は cm

●手足の中で痛みや、動きにくい部分がある。部位: 症状: 痛み・震え・マヒ・筋力低下

●床ずれは (ない ・ ある 部位:)

●移動方法は (自立歩行・杖歩行・車イス・シルバーカー・歩行器)

●屋外での移動は (自立・介助があればしている・していない)

●食欲は (良好 ・ 不良)

●食事は (自立ないし、なんとか自分で食べられる ・ 全面介助)

●尿の失禁があり、常に紙おむつ等を使用している。 (はい ・ いいえ)

●便の失禁があり、常に紙おむつ等を使用している。 (はい ・ いいえ)

●その他

* 現在、日常生活や介護を行う上で困っていること等があればご記入ください。