

◎介護保険の利用状況等に関する確認書

当院では皆様の早期退院と、医療と介護・福祉における切れ目のないサービスを提供する目的で、以下の事項について確認をさせて頂いております。

つきましては、下記にご記入のうえ「介護保険被保険者証等」と併せて入院時に病棟窓口までご提出ください。

患者氏名

①介護保険の認定について

40歳未満の方は「なし」になります

☐ 認定なし

☐ 認定あり（要介護1・2・3・4・5／要支援1・2）

※要介護度及び問④の事業所名は介護保険被保険者証に記載されています。

☐ 申請中

②福祉手帳について

（持っている手帳に☑をつけてください）

☐ なし

☐ あり ☐ 身体障害者手帳

☞障害区分（視覚・聴覚・肢体・心臓・腎臓・その他： ）

☐ 療育手帳

☐ 精神障害者福祉手帳

－ － － － ①又は②で「あり」と回答された方は③及び④もご記入ください － － － －

③利用しているサービスについて

（該当するものすべてに☑をつけてください）

☐ なし

☐ あり ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ ヘルパー

☐ 通所（例：デイケア、デイサービス等）

☐ 施設入所（事業所： ）

④ケアマネジャー及び福祉担当（相談員）について

☐ いない又は不明

☐ いる（事業所名： 担当者名： ）

⇒② ご本人又はご家族から担当のケアマネジャー及び福祉担当（相談員）へ、入院する旨の連絡をお願いします。

入院中は、必要に応じて当院から担当の方へ連絡をする場合があります。