

# 申請情報確認表

(八潮市)

被保険者氏名		申請理由(新規)	
主な現病歴 (介護の要因となる病名 順に記入)	1		
	2		
	3		
	4		
認知症 有・無	認知症 治療あり・なし	調査先(自宅以外の場合に記入)	
同居者 有・無	(続柄等)		
立会い 有・無	氏名 (続柄)	連絡先(携帯等)	
主治医意見書依頼医療機関	直近の受診日 月 日	次回受診予定日 月 日頃	
主治医意見書依頼医療機関以外 の受診医療機関	医療機関名： ( 科)		
	医療機関名： ( 科)		
その他配慮すべき事項		入院中の方 1 状態は安定している 2 リハビリ中である 3 退院は未定 4 退院予定あり 月 日頃 5 転院予定あり 月 日頃	