

区分変更申請に関して次の項目をご記入ください。

(別紙)

本用紙に記載した内容は、区分変更申請の必要性があるか、また緊急度等の参考にさせていただくものであって、ご希望の通りに認定されることを保証するものではありません。

1. 身体状況及び認知機能の具体的な状態変化をご記入ください。

*前回の情報提供書類より認定調査票(写し)に変化があった項目を赤字で記入したものでも可

2. 現在利用しているサービスを○で囲み、事業所名利用頻度をご記入ください。

- ・介護(介護予防)サービス計画ケアプラン作成事業所名 ()
- ・(介護予防)通所介護(デイサービス)事業所名 ()
利用頻度:(日 月 火 水 木 金 土)
- ・(介護予防)通所リハ(デイケア)事業所名 ()
利用頻度:(日 月 火 水 木 金 土)
- ・訪問介護事業所名 ()
利用頻度:(日 月 火 水 木 金 土)
- ・訪問リハ事業所名 ()
利用頻度:(日 月 火 水 木 金 土)
- ・訪問看護事業所名 ()
利用頻度:(日 月 火 水 木 金 土)
- ・福祉用具貸与 あり(品目)・なし
- ・福祉用具購入 あり(品目)・なし

3. 現在のサービスへの追加(又は削減)希望をご記入ください。

4. 現在、入院中の方はご記入ください。

1) 退院の見込みはいつ頃の予定ですか?

- ・ない
- ・ある (月 日頃)

2) 退院後の居住予定を○で囲み、具体的にご記入ください。

- ・自宅
- ・施設
- { 特養 ・老健 ・介護医療院 ・GH ・有料老人ホーム ・その他 () }
- ・その他 ()

3) 転院のご予定がありましたらご記入ください。

- ・ない
- ・ある 転院予定日 (月 日頃)
転院予定先 ()