

被保険者番号() 氏名()

入院されている申請者・ご家族の方へ

(要介護認定調査をスムーズに行うため、ご協力をお願いします。)

① 今回、入院されたのは？

--

② 今回の入院で、手術の予定はありますか？ ある ・ ない

手術はしましたか？

③ ②であると答えた方のみ、ご記入ください。(わかる範囲でかまいません)

いつ、何の手術をされますか？

(いつ手術をされましたか？)

月 日 予定・終了
どんな手術？

④ ご本人さまの状態は？ 安定 ・ 不安定

不安定と答えられた方へ

ご本人さまの状態が安定したら、介護認定係

までご連絡ください。(TEL：24-1111)

⑤ 現在、ご本人さまはリハビリを開始していますか？ している ・ していない

⑥ 今後、他の病院への転院予定はありますか？ ある ・ ない ・ わからない

⑦ その他、調査員に伝えたいことなど。

--

※ ご協力ありがとうございました。