

初回加算における確認票

年 月 日

| | | | | | |
|--------------------|----------------------------|-----|------|---|-----|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | | |
| 利用者様(患者様) | | 男・女 | 年 | 月 | 日 歳 |
| 入院期間 | 入院日： 年 月 日 ~ 退院(予定)： 年 月 日 | | | | |
| | | | | | |
| 情報提供元の 医療機関・施設名 | | | | | |
| 所属 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | |

| | |
|--|----------|
| 新規に居宅サービス計画を作成しているか | はい ・ いいえ |
| 要支援者が要介護認定を受けた場合、当該利用者に対し居宅サービス計画を作成しているか | はい ・ いいえ |
| 【変更内容確認】 | |
| 要支援状態 | 要支援 () |
| 要介護状態区分 | 要介護 () |
| 変更後要介護状態区分の要介護認定日 | 年 月 日 |
| 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に当該利用者に対し、居宅サービス計画を作成しているか | はい ・ いいえ |
| 【要介護状態区分変更内容確認】 | |
| 変更前要介護状態区分 | 要介護 () |
| 変更後要介護状態区分 | 要介護 () |
| 変更後要介護状態区分の要介護認定日 | 年 月 日 |
| 【特記事項】 | |
| | |