

# 訪問調査確認票

申請日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

氏名：\_\_\_\_\_

この確認票をもとに、調査員が日程等の調整を行いますので、ご記入をお願いします。

## 1. 今回申請した理由について（該当するものにチェックしてください）

- 更新のため      病状の悪化      身体機能が低下し介護の手間が増加  
認知症状の悪化により介護の手間が増加      末期がん等で急なサービスを要するため  
その他（理由：\_\_\_\_\_）

## ◎申請を、どなたかに勧められましたか？（該当するものにチェックしてください）

- 更新のため    主治医      病院の相談員または看護師      ケアマネージャー  
家族（親族）勧められていない  
その他（\_\_\_\_\_）

## 2. 調査場所について

- 自宅（ひとり暮らし ・ 夫婦のみ世帯 ・ 親族と同居 ）  
病院または施設  
（名称：\_\_\_\_\_ 階・病棟 \_\_\_\_\_ 号室）  
その他（\_\_\_\_\_）

## 3. 調査に同席される方と連絡先（できる限りどなたかの立会いをお願いします）

あり

氏名：\_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 同居・別居

電話番号：固定電話 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

※9：00～17：00の間で必ず連絡がつく電話番号を記載してください

なし

・本人の連絡先：固定電話 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

・立ち会いなしの場合、ご本人さんの様子がよくわかる方の連絡先を教えてください。  
調査後にご本人様の状況を聞くことがあります。

氏名：\_\_\_\_\_ 連絡先：\_\_\_\_\_

本人との関係：親族・ケアマネージャー・デイサービスの職員・その他（\_\_\_\_\_）

## 4. 訪問調査日

※都合が悪い曜日・時間帯に×をしてください。

	月	火	水	木	金
午前9時から11時					
午後1時～4時					

## 5. 調査員の駐車スペースについて

あり

なし（駐車可能な場所：\_\_\_\_\_）

<裏面へ続く>

6. これから利用したいと考えているサービスはありますか？

(更新者は現在利用しているサービスも記入)

7. 調査時の留意点について

配慮すべきことや、事前に知らせておきたいことなどがあれば記入してください

①該当するものがあれば、チェックしてください。

介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい

診断告知を受けていない

本人の前では伝えづらいことがある。別室等で聞き取りをしてほしい。

その他 ( )

②主な疾患や問題になっていることはなんですか？ 病名 ( )

③ご本人の状態であてはまるものがあれば、チェックしてください。

外出時に介助が必要       認知症の症状がある


室内で介助が必要：歩行・食事・排せつ・入浴

その他 ( )

8. 認定結果送付先について

現住所

現住所と異なる住所への郵送希望

 現住所と異なる場所への郵送を希望する場合、別手続きが必要になりますので職員にご相談ください。

※すでに変更されている場合は、不要です。認定結果、介護保険証、介護保険料等書類全ての送付変更となります。認定結果のみの変更はできません。

9. 注意事項

・適正な認定調査に支障が生じる恐れがあることから、認定調査時の動画撮影や録音等はお控えください。

10. 記入者

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※以下、職員記入欄

有効期限      年      月      日

事業所      【      】

申請区分       新規       更新       区分変更