申請日：　　　年　　　月　　　日

**訪問調査確認票**

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

　　　　※必ず９：００～１７：００の間で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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**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？**

**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。

　※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