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