|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **0** | **0** |  |  |  |  |  |  |  |

**認定調査確認表　　介護保険被保険者番号：**

**氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様**

**要介護（支援）認定が円滑にできるよう、下記について記入のご協力をお願い致します。**

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）

|  |
| --- |
| 介護保険サービスを利用するため　　認定更新のため  現在の認定区分は妥当ではないため、（　重度　・　軽度　）に見直してほしい  その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　ご家庭の状況について、該当するものにチェックしてください。

|  |
| --- |
| ひとり暮らし 　夫婦のみ 　親族と同居 　その他（ 　　　　　　　　　　　） |

３　サービスの利用について

|  |
| --- |
| 利用しているサービスはありますか？（ヘルパー　週２回、デイサービス　週３回　など） |
| 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？ |

４　訪問調査について

ア　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ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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  本人の前では伝えづらいことがあるので、別室で聞き取りをしてほしい | |
| ②　主な疾患や問題になっていることはなんですか？　病名（　　　　　　　　　　　　） | |
| ※手術予定がある方は、日にちをご記入ください。　→　（　　　月　　　日） | |
| ③　最近の日常生活等について  ◇歩行はできますか？（　　できる　　・　　何らかの介助が必要　　）  屋内〔　　　　　　　　　　　　〕　屋外〔　　　　　　　　　　　　〕  ◇排泄はできますか？（　　できる　　・　　何らかの介助が必要　　）  状況〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  ◇入浴はできますか？（　　できる　　・　　何らかの介助が必要　　）  状況〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  ◇物忘れ、しまい忘れ、怒りっぽくなった、日にち・曜日の間違い等はありますか？  状況〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | |
| ④　都合の悪い日程があれば、ご記入ください。※調査は平日（月～金）の日中に伺います。 | |
|  | 裏面へ |

　イ　調査場所が住所地以外の場合、ご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問先 | 施設・病院名 | （　　　　病棟） | |
| 住所 |  | |
| 電話番号 | -　 　- | |
| 滞在期間 | 年　　月　　日　～ | 年　　月　　日　予定  未定または移動予定なし |

ウ　調査に同席される方

同席される方の氏名と、平日の日中に連絡がとれる電話番号を**優先順**でご記入ください。後日、調査員から日程調整のご連絡をいたします。（※調査は事業所に委託する場合もございます）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  | 電話 | － 　－　　（自宅・職場・携帯）  －　　　－　　（自宅・職場・携帯） |
| 要介護認定 | 有・無 |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  | 電話 | －　　　－　　（自宅・職場・携帯）  －　　　－　　（自宅・職場・携帯） |
| 要介護認定 | 有・無 |

エ　調査場所付近に駐車スペースはありますか？（該当するものにチェックして下さい）

|  |
| --- |
| 自宅の駐車場　　近隣のコインパーキング　　入院・入所先の駐車場  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　ない |

５　申請書に記入した主治医について、下記の質問にお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 最後に受診した日：　　　　月　　　日 | 次回、受診予定日：　　　　月　　　日 |
| ② | 定期的にかかっており直近２ヶ月以内にも一度診てもらっている医師、または、  入院中の病院・入所中の施設で診てもらっている医師ですか？  はい（質問は終了です。）　　　いいえ（③にお進みください） | |

|  |  |
| --- | --- |
| ③ | 医師が意見書を書けない場合があります。申請すること（＝意見書が必要になること）をあらかじめ伝えておくことが必要です。どちらかにチェックしてご申請ください。  医師に伝え、了承を得ました。　　　　　　月　　　日に伝える予定です。 |

６　介護保険サービスの相談状況について、ご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①介護認定の申請を、どなたかに勧められましたか？  主治医　　病院相談員または看護師　　ケアマネジャー　　家族  その他（　　　　　　　　　　　　　）　勧められていない | | | |
| ②居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに相談されている方はご記入ください。 | | | |
| 事業所名 | （　　　　　　　　）地域包括支援センター  （　　　　　　　　）居宅介護支援事業所 | 担当者名 |  |
| 事業所連絡欄： | | | |

【令和５年４月改定版】　　　　　　　　　　　　　　　　　（　受付　：　　　　　　　）