



氏名： 所沢 太郎 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下さい）

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： _____ ）

◎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下さい）

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 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 _____ 週〇回、デイサービス _____ 週〇回、など）

すでに認定を持っている方は、現在利用しているサービスについて記入してください

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？

新規・区分変更申請の方はこれから利用したいサービス・利用頻度を増やしたいサービスについて記入してください

例)通所リハビリ・自宅に手すりをつけたい など

3 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
 本人の前では伝えづらいことがあるので、別室で聞きたい

② 主な疾患や問題になっていることはなんですか？ 病名 _____

例)右足の骨折 など

③ ご本人の状態であてはまるものがあれば、チェックをしてください。
 外出時に介助が必要 認知症の症状がある
 屋内で介助が必要（介助の必要なものに○）
 歩行 食事 排せつ 入浴 その他（ _____ ）

④ その他（調査は平日・月～金の日中に伺います。ご都合に合わせてご記入ください。）

例)月曜の午前と水曜の午後は、通院のため都合が悪い

調査にお伺いするにあたって、事前に調査員に伝えておきたい内容をご記入ください

⑤ 室内で放し飼いのペットがいればチェックしてください。 _____
→注意事項はありますか？（ _____ ）

イ ご家族の状況と、調査にお伺いする場所についてご記入下さい。

ご家族の状況 ※該当するものにチェック	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 親族と同居
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

↓調査場所が住所地以外の場合、記入してください。↓

訪問先	施設・病院名	例)〇〇病院・息子宅 など	
	住所		
	電話番号	-	-
	滞在期間	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 年 月 日 予定 <input type="checkbox"/> 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連絡先を、**優先順**で記入して下さい。
【※平日の日中に連絡がとれる電話番号をお願いします。】

① 氏名	所沢 花子	本人との関係	妻	電	-	(日七・職場・携帯)
		要介護認定	有・無			
② 氏名		本人との関係				
		要介護認定	有・無			

同席する方が、介護保険の認定(要支援1・2、要介護1~5)をお持ちであれば有に、お持ちでなければ無に○をつけてください。

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)

<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 近隣のコインパーキング	<input type="checkbox"/> 入
<input type="checkbox"/> その他 ()		

調査員は軽自動車1台でお伺いすることが多いので、調査の間、車を止められる場所についてご記入をお願いいたします。

4 申請書に記入した、かかりつけ医療機関(主治医)への受診について

<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に受診している (1 ヶ月に一度)
<input type="checkbox"/> 定期的に受診していない → ・最後に受診した日 (月 日) ・次回、受診予定日 (月 日)
<input type="checkbox"/> 病院に入院中または介護老人保健施設に入所中

◎介護認定の申請をすることを、主治医に話されましたか？ (**はい**) ・ いいえ)

※直近の受診がないと、主治医が意見書を書けない場合がございます。なるべく事前に、意見書の記入について主治医の了解を得たうえで、申請いただくようお願いいたします。

5 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへご相談されている方は、記入してください。

事業所名	(〇〇〇〇) 地域包括支援センター () 居宅介護支援事業所	担当者名	〇〇 〇〇
〔事業所連絡欄〕			