認定調査確認表　見本

者番号：| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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ください）

☑介護保険サービスを利用するため　☐病院に勧められたため
☐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
☐交通事故が原因のため

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？

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ご記入ください。

これから利用したいと考えているサービスはあり

例）通所リハビリ・自宅に手すりをつけたい
など

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。

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

例）右足の骨折　など

調査にお伺いするにあたって、事前にお伺いしたい内容となります。現在のご状態や配慮すべきことについて、ご記入をお願いいたします。

※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〔　**杖使用**　〕
◇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〔　**2年くらい前からしまい忘れが週に数回ある**　〕

④　都合の悪い曜日に、○をつけてください。
月曜日　・　火曜日　・　水曜日　・

調査は、平日（9時30分から15時30分の間）に行います。調査に要する時間は、30分から1時間程度です。

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	**例)〇〇病院・息子宅　など**　　（　　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についてご記入ください。

ご自宅で調査される場合には立会人が必要です。日程を調整される方の連絡先をご記入ください。
平日の日中に調査員から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）
※病院・施設で調査される場合に
記入のない場合は、病院・施設の

① 氏名	**所沢　花子**	本人との	
		要介護認	
② 氏名		本人との	
		要介護認	

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〇をつけてください。

※日程連絡は①の方にさせていただきます。立会人の方には、日頃のご様子や症状についてもお伺いいたします。

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ください）

☑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：　**7** 月　**27** 日	次回、受診予定日：　**10** 月　**30** 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。

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	（　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：			

【令和６年４月改定版】　　（　受付　：　　）