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　☐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

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

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

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。

②　主な疾患や問題になっていることはなんですか

例）右足の骨折　など

※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〔　**つたい歩き**　〕　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〔　**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。
毎週水曜日は通院のため都合が悪い

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	**例）○○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

同席される方の氏名と、平日の日中に連絡がとれ
調査員から日程調整のご連絡をいたします。（※

① 氏名	**所沢　花子**	本人との関係	**妻**
		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。

※日頃のご様子や症状についてお伺いいたしますので、お答えできる方にご同席いただくようお願いいたします。

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：　**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。

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　：　　）