

認定調査確認表

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下さい。）

<input type="checkbox"/>	介護保険サービスを利用する（している）ため
<input type="checkbox"/>	その他（理由： _____ ）

◎申請を、どなたかに勧められましたか？

<input type="checkbox"/>	主治医 ・ 民生委員 ・ ケアマネジャー ・ 家族
<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ） ・ 勧められていない

2 ご利用になっているサービスはありますか？

（新規申請以外の方はご記入をお願いします。）

（例：ヘルパー 週2回、デイサービス 週3回等）

3 訪問調査について（該当するものにチェックして下さい。）

ア 介護保険の申請をすることを、ご本人は承知していますか？

<input type="checkbox"/>	承知している
<input type="checkbox"/>	承知していないが、介護保険の調査であることを伝えても差し支えない
<input type="checkbox"/>	承知していないので、介護保険の調査であることをふせてほしい

イ 調査場所について、今後1ヶ月の間で、調査に伺いますので、ご家族の状況やご本人が生活する場所をご記入下さい。

ご家族の状況 ※該当するものに○		・ひとり暮らし ・夫婦のみ ・親族と同居 ・その他（ _____ ）	
訪問先 ※該当するものに ○	1. 自宅	※住所地と同じ場合は記入不要	
	2. 自宅以外	施設・病院名	
		住所	
		電話番号	（ _____ ） -
		滞在期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日予定

裏面へ

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		本人との関係		電話	— —	(自宅・職場・携帯)
					— —	(自宅・職場・携帯)
② 氏名		本人との関係		電話	— —	(自宅・職場・携帯)
					— —	(自宅・職場・携帯)

エ 調査場所付近に駐車スペースはありますか？

	ある	駐車場所 ()
	ない	

オ 月～金曜日のうち、調査に何うのに都合の悪い日はいつですか？

(該当する箇所に×をつけて下さい。)

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

・調査日時は申請後、調査員より電話連絡がありますので、調整してください。

カ 調査にあたって、ご本人に配慮すべきことはありますか？

また、普段の体調・状況など、事前の伝達事項、注意事項がありましたら記入してください。

病名の告知：有 ・ 無 、病名 ()

① 主な疾患や問題になっていることはなんですか？

② ご本人の状態であてはまるものに○をしてください

() 外出時に介助が必要

() 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 ()

() 認知症の症状がある

4 申請書に記入をしたかかりつけ医療機関（主治医）への受診について。

受診した日	月 日	※先生に介護保険の事を話されましたか？	はい・いいえ
受診予定日	月 日		

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	() 地域包括支援センター	担当者名	
	() 居宅介護事業所		

(受付 :)