認定調査用資料

対 応 者

・

※各項目の該当する部分に記入及び該当する□に✓を入れてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の状況  所在の状況 | □病院入院中  □在宅（有料・GH含む）  □施設入所（老健・特老）  （　　　　　　　） | 主治医と介護の相談 | | □有　□無 |
| 病　　　名 | |  |
| 手術の日程 | | □有（　 月 　日）　□無 |
| 退院の予定 | | □有（　 月 　日）　□無 |
| 立ち合い | 有　・　無 | 調査員の電話番号　０９６８－４３－１０７７ | | |
| 訪問調査日程  調整の連絡先  ※調査員からの連絡は３週間以内に連絡します。  ※訪問は、午前は、９時３０分から１１時３０分まで午後は１時３０分から３時００分までの間に行います。１時間程度で終わります。 | 立会者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　続柄： | | | |
| 住　所　　〒  □申請書提出者と同じ | | | |
| 電話番号・緊急連絡先 | | ・ | |
| 連絡可能な時間帯 | | 時　～　　　時　　　□いつでも可 | |
| 本人と立会者の都合が悪い曜日（病院受診やサービス利用日など）  □月　　□火　　□水　　□木　　□金　※土日祝日は、訪問しません。 | | | |
| 日常生活において必要な介護の状況 | 直接的な原因、主たる疾病および介護の状況  ※新規申請の方は申請の理由をご記入ください。 | | | □　歩行　　□物忘れ等  □　排泄　　□聴力  □　食事　　□視力  □　入浴　　□感染症  □　その他  　（　　　　　　　） |
| 介護認定後に希望する介護サービス | □訪問介護　　 □ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ・ﾃﾞｲｹｱ　　　　□住宅改修  □訪問看護　　 □施設入所　　　　　　 　□福祉用具貸与・購入  □訪問入浴　　 □ｼｮｰﾄｽﾃｲ　　　　　□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘ　 □医師の訪問 | | | |
| 主治医の診察 | □定期受診中 （過去 月 日・次回 月 日）  □不定期　□薬のみ　※不定期・薬のみの方は、受診してください | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護認定通知書等の送付先について | □自宅  □この通知と同じ  □送付先指定は右記記載  ※ほかの介護保険関連の通知書も  指定できます。 | 住 所 | 〒 |
| 宛 名 | 様方 |
| * □介護保険料　　　□介護認定通知　　　□介護受給者証　　　□介護費給付など | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考欄 | ※訪問調査の車両の駐車スペース　（　有　・　無　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※住所地以外での調査訪問を希望する　（施設等の住所：　　　　　　　　　　　　　　　）  ※本人が席を外された状態で調査員に伝えたいこと　　（　　有　・　無　　）  ※調査時に配慮すべき事項　（病名や告知の有無など　　　　　　　　　　　　　　　　　） |