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　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |