

記入例

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 現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 病院入院中	主治医と介護の相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 在宅(有料・GH含む)	病名	
	<input type="checkbox"/> 施設入所(老健・特老) ()	手術の日程	<input type="checkbox"/> 有 (月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 無
		退院の予定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (2月 29日) <input type="checkbox"/> 無
立ち合い	<input checked="" type="checkbox"/> 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： 山鹿 太郎 続柄： 長男		
	住所 〒861-0592 山鹿市山鹿 987 番地 3		
	<input type="checkbox"/> 申請書提出者と同じ		
	電話番号・緊急連絡先	0968-43-1180-090-0000(長男携帯)	
	連絡可能な時間帯	9時 ~ 13時 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 ・ 下肢筋力が低下しているが、認知症の診断を受けており危険認識が薄く自宅内で転倒。右大腿骨を骨折し入院している。退院後に歩行器等のレンタルやデイサービスなどの利用をいたいたため。		<input checked="" type="checkbox"/> 歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ等 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 視力 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()
介護認定後に希望する介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス・デイケア	<input type="checkbox"/> 住宅改修
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 医師の訪問
主治医の診察	<input checked="" type="checkbox"/> 定期受診中 (過去 2月 2日 ・次回 3月 4日) <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅	住所	〒861-0592 山鹿市山鹿 987 番地 3	
	<input type="checkbox"/> この通知と同じ		宛名	山鹿 太郎 様方
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	※ <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 介護認定通知 <input type="checkbox"/> 介護受給者証 <input type="checkbox"/> 介護費給付など		

備考欄	※訪問調査の車両の駐車スペース (<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無)
	※住所地以外での調査訪問を希望する (施設等の住所： 山鹿市民医療センター)
	※本人が席を外された状態で調査員に伝えたいこと (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)
	※調査時に配慮すべき事項 (病名や告知の有無など)