

# 訪問調査先確認票(新規・更新・介護・変更)

受付日： /

受付者：

※この確認票をもとに、電話で訪問調査の日程等の調整を行いますので、記入漏れのないようお願いします

記入者氏名	(本人との関係： )																														
調査対象者	(男・女 歳)																														
	ふりがな氏名：	現在の介護度(支援 1・2 / 介護 1・2・3・4・5) 認定有効期間： 年 月 日まで																													
被保険者番号	0	0	0																												
希望調査先	住所.....電話番号..... ※病院・施設 → 名称.....病棟.....号室) <input type="checkbox"/> 自宅(住民票登録地) → <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )																														
※現在入院中の方は、別途「入院状況確認票」にも必要事項を記入してください。																															
調査員駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし：近隣で駐車可能な場所を記入してください ( )																														
調査日を決める際の連絡先	ふりがな連絡先氏名.....(本人との関係：.....同居の有無：同居・別居) ※必ず、8:30~17:00までに連絡のとれる電話番号を記入してください。 第1希望：.....(携帯・自宅・勤務先) 第2希望：.....(携帯・自宅・勤務先) 電話をする際の留意事項：.....																														
調査の立会人	<input type="checkbox"/> あり：氏名.....(本人との関係：.....同居の有無：同居・別居) <input type="checkbox"/> なし ※新規および区分変更の場合は、できる限りどなたかの立会いをお願いします。																														
訪問調査日	※調査は、月～金曜日の9:00～15:00(休日を除く)に行います。 <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> 備考： ご本人・立会人の都合の悪い曜日があれば× を記入してください。								月	火	水	木	金	土	日	午前						X	X	午後						X	X
	月	火	水	木	金	土	日																								
午前						X	X																								
午後						X	X																								
申請理由 (本人の心身の状態や生活状況、介護保険を必要とする理由を具体的に記入ください)	(家族構成、現病・既往歴、認知面、食事や排泄・更衣・家事等の生活状況、介護保険を必要とする理由など) ..... ..... .....																														
調査時の留意点	事前に調査員へ伝えておきたいこと、特別な配慮の必要などがありましたらご記入ください。 <input type="checkbox"/> 本人の前で話しにくいことがある <input type="checkbox"/> 病名・病状を告知していない <input type="checkbox"/> その他：.....																														
利用中のサービス (新規申請以外)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ディサービス(ディケア)：月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> ヘルパー(週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ( 月 日～ 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護：月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入( ) <input type="checkbox"/> その他( )																														
担当(予定)ケアマネージャー	氏名.....事業所名.....(包括・居宅) 電話番号..... ※調査時立会いの有無：あり・なし																														

