

要介護認定 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いたします

記入者氏名	駿河 みゆき (本人との関係: 長女)	
調査対象者	氏名: 沼津 太郎 (男・女 80 歳)	
	被保険者番号 0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	現在の介護度 (支援 1・2 / 介護 1・2・3・4・5) 認定有効期間: R 年 月 日まで
希望調査先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (住民票登録地) → <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" 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 ()	
	住所: 沼津御幸町 16-1 電話番号: 055-931-**** ※病院・施設 → 名称: 病棟: 号室:	

※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 checked="" type="checkbox"/> なし: 近隣で駐車可能な場所を記入してください (隣のお宅の駐車場を借ります)																									
調査日を決める際の連絡先	ふりがな ^{するが} 連絡先氏名: 駿河 みゆき (本人との関係: 長女 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: 090-9****-**** (携帯 自宅・勤務先) 第2希望: 9**-**** スルガ商事 (携帯・自宅・勤務先) 電話をする際の留意事項等: 勤務先は12時~13時の間がつながりやすい																									
調査の立会人	<input checked="" type="checkbox"/> あり: 氏名: 沼津 花子 (本人との関係: 妻 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"> <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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td>×</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 備考: 午後は妻が外出することが多いので できれば午前中の調査を希望します 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		×						午後		×					
	月	火	水	木	金	土	日																			
午前		×																								
午後		×																								
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) 記入例: 妻と二人暮らし。〇月〇日に自宅内で転倒し、腰椎圧迫骨折の診断でA病院に入院。〇月〇日に退院して自宅療養中。自宅内は杖を使って何とか歩くことができるが、長距離の歩行は難しく、外出時は市外に住む長女の車による送迎や車椅子私用の状況。食事やトイレは自立しているが、自宅での入浴は難しく、ディサービスでの入浴を希望している。入院後は物忘れも目立つようになっている。																									
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (自費でベッドレンタル)																									
担当(予定)ケアマネージャー	氏名: 鈴木 一郎 事業所名: 〇〇地域包括支援センター (包括・居宅) 電話番号: 9**-**** ※調査時立会いの有無: あり・なし																									

要介護認定 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	鈴木 一郎 (本人との関係: ケアマネージャー)	
調査対象者	氏名: 沼津 太郎 (男・女 80 歳)	
	被保険者番号 0 0 0 0 9 9 9 9 9	現在の介護度 (支援 1 2 / 介護 1・2・3・4・5) 認定有効期間: R 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで
希望調査先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (住民票登録地) → <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" 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 ()	
	住所: 沼津御幸町 16-1 電話番号: 055-931-**** ※病院・施設 → 名称: 病棟: 号室:	

※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 checked="" type="checkbox"/> なし: 近隣で駐車可能な場所を記入してください (隣のお宅の駐車場を借ります)
調査日を決める際の連絡先	ふりがな ^{するが} 連絡先氏名: 駿河 みゆき (本人との関係: 長女 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: 090-9****-**** (携帯 自宅・勤務先) 第2希望: 9**-**** スルガ商事 (携帯・自宅・勤務先) 電話をする際の留意事項等: 勤務先は12時~13時の間がつながりやすい

調査の立会人	<input checked="" type="checkbox"/> あり: 氏名 沼津 花子 (本人との関係: 妻 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"> <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>×</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td>×</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td>×</td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前		×				×	×	午後		×				×	×
	月	火	水	木	金	土	日																		
午前		×				×	×																		
午後		×				×	×																		
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。																									

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) 記入例: 妻と二人暮らし。歩行不安定ながらADLは概ね自立した生活が送れていたところ、〇月中旬インフルエンザ患後より体調を大きく崩し、寝たきりとなっている。自力での立ち上がりも困難なことから、妻がベッド上オムツ交換や清拭等、献身的に介護を行っているが、高齢のため介護負担が大きい。市外に住む娘の協力も週末に可能な程度。ヘルパーや訪問看護の導入等サービス拡大の必要性あり、区分変更の申請を行う。
---	--

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 (手すり) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (自費でベッドレンタル)
----------------------	--

担当 (予定) ケアマネージャー	氏名: 鈴木 一郎 事業所名: 〇〇地域包括支援センター (包括・居宅) 電話番号: 9**-**** ※調査時立会いの有無: あり・なし
------------------	--

