

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	駿河 花子 (本人との関係: 長女)																									
調査対象者	ふりがな氏名: <u>ぬまづ たらう 沼津 太郎</u> (男・女 80 歳)	現在の介護度(支援 1・2/介護 1・2・3・4・5)																								
被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	認定有効期間: 年 月 日まで																								
希望調査先	住所: <u>沼津市御幸町16-1</u> 電話番号: <u>055-931-****</u> ※病院・施設 → 名称: _____ 病棟: _____ 号室: _____ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅(住民票登録地) → <input type="checkbox"/> 独居 <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"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 住宅型有料 <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> デイ・ショート <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 病院 <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 checked="" 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 (<u>隣のお宅の駐車場を借ります</u>)																									
調査日を決める際の連絡先	ふりがな連絡先氏名: <u>するが はなこ 駿河 花子</u> (本人との関係: <u>長女</u> 同居の有無: 同居・ <u>別居</u>) ※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: <u>090-9****-****</u> (<u>携帯</u> ・自宅・勤務先) 第2希望: <u>9*-****</u> <u>スルガ商事</u> (携帯・自宅・ <u>勤務先</u>) 電話をする際の留意事項: <u>つながらない場合、留守電に入れてくれれば、折り返します。</u>																									
調査の立会人	<input checked="" type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 氏名: <u>沼津 花美</u> (本人との関係: <u>妻</u> 同居の有無: <u>同居</u> ・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: <u>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</u> 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: <u>妻と二人暮らし。○月○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。○月○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使用の状況。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。</u>																									
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: <u>認知症の質問については、本人のいないところで聞きとりしてください。</u>																									
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(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> ヘルパー(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護(月 日・ 曜日) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入() <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> その他(<u>自費でベッドレンタル</u>)																									
担当(予定) ケアマネージャー	氏名: <u>静岡みゆき</u> 事業所名: <u>○○地域包括支援センター</u> (<u>包括</u> ・居宅) 電話番号: <u>9*-****</u> ※調査時立会いの有無: <u>あり</u> ・なし																									

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	静岡 みゆき (本人との関係: ケアマネージャー)																												
調査対象者	ふりがな氏名: ぬまづ たるう 沼津 太郎 (男・女 80 歳)	現在の介護度(支援 ① ・2/介護 1・2・3・4・5)																											
被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	認定有効期間: ○○年 ○○月 ○○日まで																											
希望調査先	住所: 沼津市○○町○○ 電話番号: 055-931-**** ※病院・施設 → 名称: ○○○○ 病棟: 101 号室 <input type="checkbox"/> 自宅(住民票登録地) → <input type="checkbox"/> 独居 <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"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 住宅型有料 <input checked="" type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> デイ・ショート <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 病院 <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 checked="" 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: するが はなこ 駿河 花子 (本人との関係: 職員 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: 9**-**** (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: <input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 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"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> <td>備考:</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></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> <td></td> </tr> </table> 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	備考:	午前		×		×					午後		×		×				
	月	火	水	木	金	土	日	備考:																					
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: 支援者は市内在住の長女。○年○月にサ高住入居。歩行不安定ながらADLは概ね自立した生活が送れていたが、○月中旬に転倒。受診では骨折等みられなかったが、痛みの訴えが強い。自力での立ち上がりも困難なことから、職員がベッド上オムツ交換や清拭等を行っている。ヘルパーの増回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 type="checkbox"/> ディサービス・ディケア(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 日~ 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー(週 1 回・ 火 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回・ 曜日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護(月 日・ 曜日) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入(手すり) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <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: 静岡みゆき 事業所名: ○○居宅介護支援事業所 (包括・ 居宅) 電話番号: 9**-**** ※調査時立会いの有無: あり ・なし																												