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 被保険者番号	ふりがな　ぬまづ　たろう 氏名：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） 認定有効期間：　年　月　日まで ０００００９９９９９９
希望調査先	調査先住所　沼津市御幸町１６－１　電話番号　０５５－９３１－＊＊＊＊ ※病院・施設➡名称　　病棟　号室 ■自宅（住民票登録地）➡ □独居 ■高齢者世帯 □家族と同居 □日中独居 □グループホーム □特養 □老健 □特定 □住宅型有料 □サ高住 □ケアハウス □デイ・ショート □小規模多機能 □病院 □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	■あり　□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　はなこ 連絡先氏名　駿河　花子　（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：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。
調査の立会人	■あり：□同上　□氏名　沼津　花美　（本人との関係：妻　同居の有無：同居・別居） □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。 （月 火 水 木 金 土 日） 午前　× 午後　× 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。
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ご記入ください）	（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。　○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。
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。 ■本人の前で話しにくいことがある：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。 □病名・病状を告知していない　□その他：
利用中のサービス （新規申請以外）	■なし □ディサービス・ディケア（週　回・　曜日）□ショートステイ（　月　日～　月　日） □ヘルパー（週　回・　曜日）□訪問看護（週　回・　曜日）□訪問リハビリ（週　回・　曜日） □訪問入浴（週　回・　曜日）□小規模多機能型居宅介護（月　日・　曜日）□住宅改修 □福祉用具レンタル・購入（　）□居宅療養管理指導　■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　○○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

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 被保険者番号	ふりがな 氏名：ぬまづ たろう 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） 認定有効期間：　〇〇　年　〇〇　月　〇〇日まで 0 0 0 0 9 9 9 9 9 9
希望調査先	調査先住所 沼津市〇〇町〇〇　電話番号 ０５５－９３１－＊＊＊＊ ※病院・施設➡名称 〇〇〇〇　病棟 101 号室 ☐自宅（住民票登録地）➡ ☐独居 ☐高齢者世帯 ☐家族と同居 ☐日中独居 ☐グループホーム ☐特養 ☐老健 ☐特定 ☐住宅型有料 ☒サ高住 ☐ケアハウス ☐デイ・ショート ☐小規模多機能 ☐病院 ☐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	☒あり　☐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	☐あり：☒同上 ☐氏名（本人との関係：　同居の有無：同居・別居） ☐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。 （月 火 水 木 金 土 日）午前：火 ✕ 木 ✕　午後：火 ✕ 木 ✕　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。
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ご記入ください）	（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。〇年〇月にサ高住入居。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、〇月中旬に転倒。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。 ☒本人の前で話しにくいことがある： ☐病名・病状を告知していない　☐その他：
利用中のサービス （新規申請以外）	☐なし ☐ディサービス・ディケア（週　回・　曜日）☐ショートステイ（　月　日～　月　日） ☒ヘルパー（週 1 回・ 火 曜日）☐訪問看護（週　回・　曜日）☐訪問リハビリ（週　回・　曜日） ☐訪問入浴（週　回・　曜日）☐小規模多機能型居宅介護（月　日・　曜日）☐住宅改修 ☒福祉用具レンタル・購入（ 手すり ）☐居宅療養管理指導 ☒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 〇〇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