

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定のために、認定調査員が自宅等を訪問し、心身の状況等をうかがいます。
日程調整などを円滑に行うため必要となりますのでご記入ください。

(氏名) _____ (被保険者番号) _____

1. 訪問先住所を記入ください (病院名 (病棟)・マンション名・施設名もご記入ください)

訪 問 先 住 所	<input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 左記以外⇒ (_____)
-----------	---

2. 日程調整はどなたにすればよろしいですか (委託している事業所から連絡が入る場合もあります。)

フ リ ガ ナ 連 絡 先 氏 名	(本人との関係： _____)
電 話 番 号	①(_____) - _____ ② (_____) - _____
連 絡 可 能 な 時 間 帯	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> _____ 時頃から _____ 時頃

3. 訪問調査時に同席される方はいますか

同席者	<input type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 同席なし <input type="checkbox"/> その他 (_____ 本人との関係： _____)
-----	--

4. 調査に都合の悪い曜日や時間帯はありますか (調査日時の指定はお受けできません)

→ 都合の悪い曜日と時間帯に×をつけてください。※調査開始時間は原則、9時半から15時半です。

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前					
午後					

5. 本人の状況について

申請理由	
調査時に 配慮すべき点	※手話通訳や筆談が必要。難聴で大きな声でないと聞こえない 等

6. 現在受けている在宅サービスの状況について (申請月のサービス利用がある方のみ)

訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養	通所介護	通所リハビリ	短期入所生活	短期入所療養	特定施設
回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	日/月	日/月	日/月
看護小規模	福祉用具貸与	福祉用具購入	夜間訪問介護	認知通所介護	小規模多機能	グループホーム	地密特定施設	地域密着特養	定期巡回
日/月	品/月	品/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	回/月

●住宅改修 (なし・あり) ●介護保険以外の在宅サービス「 _____ 」

*この用紙に記入されている内容については、認定調査を依頼する際のみ活用されます。調査受託者については、『富田林市介護保険要介護認定調査受託契約第9条』により厳正な取扱いが規定されています。