

訪問調査についておたずねします。

被保険者（本人）氏名

申請理由

- 申請に至った理由を ☒ してください。
- ☐ 介護サービスを検討（ ☐ 訪問介護
☐ 施設入所希望（ ☐ 入所中 ☐ 入所希望
☐ サービス継続希望
☐ その他（なお、要支援からの変更申請の場合は、「その他」欄に申請理由の詳細を記載してください。）

要介護認定申請に至った理由に ☒（チェック）をつけてください。複数選択することも可能です。選択肢に理由がない場合は、「その他」を選択し、理由を記載してください。また、要支援認定からの変更申請の場合は、「その他」欄に申請理由の詳細を記載してください。

（用具）

日程調整連絡先

- 月～金で、日中（8：30～17：00）連絡の取れる連絡先をご記入ください。

①氏名

電話番号

訪問調査の日程調整を行う際の連絡先を記載してください。（2つまで指定できます）なお、電話を受けられない日、曜日等あれば、（ ）に記載してください。

続柄（ ）

※電話連絡の都合が悪い日・曜日があればご記入ください。（ ）

調査日程

- 訪問にあたり、ご都合の悪い曜日に×とご都合の悪い時間をご記入ください。

月	
～	
～	

認定調査訪問日は、基本的に、平日の日中の時間帯にさせていただきます。あらかじめご都合が悪い曜日や時間帯がありましたら、記載してください。

木	金
～	～

主治医の医療機関受診日

前回受診日

令和 年 月 日 ☐ 不明

次回受診予定日

令和 年 月 日 ☐ 未定

調査実施場所

表面に記載された、主治医の先生に、直近で受診した日を「前回受診日」に、次の受診日を「次回受診予定日」に記載してください。わからない場合は、それぞれ「不明」及び「未定」に ☒ を記載してください。

☐ 病院

※転院・退院の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）月 日頃

☐ その他 [名称

住所

現在入院中の場合は病室で調査を行うことがあります。申請時の時点で転院・退院等の予定が決まっている場合は、「有」に ☒ し、その後の所在場所を記載してください。

同席者

- 同席者の有無に ☒ してください。※認知症のある方は
- ☐ 有 [同席者名 続柄（ ）]
- ※別室での聞き取りを希望（ ☐ する ☐ しない ）
- ☐ 無

訪問調査の際にご同席いただける方の「氏名」及び「続柄等」を記入してください。なお、同席者は「連絡先」で記入した連絡先の方と異なる方でもかまいません。

ケアマネジャー

- 担当ケアマネジャーの有無に ☒ してください。

☐ 有 [事業所名

担当者名

☐ 無 ☐ 不明

※表面「提出代行者」と同一の場合、担当者名のみ記入してください。

申請者に担当ケアマネジャーが付いている場合は、「有」に ☒ し、事業所名等を記載してください。

調査時に配慮等必要なことがあればご記入ください。

訪問調査の際に、実施方法など認定調査員に気をつけてほしいことがあれば、記入してください。