

要介護認定申請等に伴う調査票

当てはまるものに○
新規・更新・区分変更

記入日 年 月 日

被保険者氏名(ご本人)	生年月日	住所	
	大・昭・平 年 月 日	中井町	
申請書を提出した方	被保険者との関係	住所	TEL
フリガナ		<input type="checkbox"/> 同上	

1.現在の住居について

ご本人(被保険者)は、現在どこで日常生活を送っていますか。

自宅 (同居しているのは、配偶者・子・その他)・独居

指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 病院等

施設・病院等の名称等をご記入ください。(※入院中の場合 階 号室)

名称 住所 TEL ()

その他 () - 住所

TEL ()

2.訪問調査について

調査は、祝日を除く平日8時30分から17時15分の間での実施となります。町の保健師や訪問調査員が、ご家庭等を訪問し、ご本人と面接し、日常生活動作等の調査に伺います。なお、介護者の方(ご本人の生活状況のわかる方)からもお話を伺いますので、調査の立会いにご協力お願いします。所要時間は1時間～1時間半程度です。

①訪問調査の希望日等

ご都合の悪い曜日、時間に×をご記入ください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

都合の悪い日が具体的にわかる場合は併せて日にちをご記入ください。

月 日

②家族等の調査の立ち会い

訪問調査に立ち会われるご家族の方等。

申請書を提出した方

その他

フリガナ (氏名) (続柄)

いない → 申請時、立会い者の調整をします。

訪問調査を決める際の日中連絡先	
<input type="checkbox"/> ご本人(被保険者)	TEL
<input type="checkbox"/> 調査立ち会い者	
<input type="checkbox"/> その他	
フリガナ (氏名) (続柄)	

※調査に伺うものが電話で日程を調整をいたします。8時30分～17時の間で連絡が取れる曜日や時間等をご記入ください。(状況により、記載いただいた時間以外の時間で連絡する場合があります。)

※裏面も必ず記入してください。

3.主治医・主治医以外の受診状況の確認

主治医等、ご本人(被保険者)が受診されている診療所・病院の名称等について記載ください。(わかる範囲で結構です。)

	医療機関名	診療科	医師名	通院頻度	次回の受診予定	備考
主治医				回/ 年・月・週	月 日	
主治医以外			リカナ	回/ 年・月・週	月 日	
			リカナ	回/ 年・月・週	月 日	

4.介護サービスが必要となった原因について

ご本人(被保険者)が介護サービスを必要とする状態になった(更新・区分変更申請の場合は状態が変化した)のは交通事故が原因ですか。

いいえ はい

5.最近のあなた(被保険者)の様子について

気になる点、心配な点などのほか、以下の点について簡単にご記入ください。

○新規申請の方 介護が必要になった経緯や利用したいサービスなどについて

○更新・区分変更申請の方 前回の認定からの変化について

<保険者確認欄>

地域包括支援センターへの情報提供の同意 (新規の方のみ)

有 無