

介護保険 認定調査事前質問票 (新規・更新・区分変更・再申請・事業対象)

前回の認定結果 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) 前回認定 (年 月 日)

ふりがな		被保険者番号	
被保険者名			

家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居	申請者	続柄 ()
------	---	-----	--------

◇訪問調査場所、日程調整の連絡先等

訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 → <input type="checkbox"/> 対面可 <input type="checkbox"/> リモートのみ※1 <input type="checkbox"/> その他 ()		
住所			
施設または病院の名称	(階)	退院 (転院) 予定日	
認定調査先電話番号	()		
訪問調査への立会い	<input type="checkbox"/> 希望する	立会い予定者	続柄
	<input type="checkbox"/> 希望しない	()	()
日程調整先電話番号	① ()	② ()	
	<input type="checkbox"/> 立会予定者と同じ <input type="checkbox"/> 立会予定者以外 ()		続柄 ()
ペット (犬・猫) の有無 ※2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	調査員の駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 (場所 :) <input type="checkbox"/> 無
訪問調査の日程等	(訪問調査時間帯 : 平日 9 : 00 ~ 16 : 00 都合が悪い日時、曜日がある場合のみ記載して下さい。)		
(調査場所が変更となる可能性がある場合その住所等) ※3	TEL ()		

※1 調査は原則対面で実施しますが、病院の状況等により対面での実施が難しい場合はこちらをチェックしてください。

※2 アレルギーのある調査員の訪問を避けるため、記載してください。

※3 変更先となる可能性がある住所等はすべて記入してください。書ききれない場合は別紙等に記入し提出してください。

◇現在の身体状況・状態

主な疾病名	がんの場合、本人への告知の有無 (有 ・ 無)	主治医への最終受診日	
		主治医への次回受診予定日	
本人に知られたくない話題 (話したくないことや本人が知らない病状等)	(有の場合は内容を記載してください。) 有 ・ 無		

◇現在、特に日常生活で介護が必要なこと (該当するものにチェックをして下さい。複数選択可)

<input type="checkbox"/> 歩行・移乗	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 着替え・整容
<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 家事 (買い物・調理・洗濯・掃除等)		
<input type="checkbox"/> 認知症状があり (対応困難)		<input type="checkbox"/> その他 ()	

◇利用している、したい介護サービス (該当するものにチェックをして下さい。複数選択可)

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア (通所リハビリ)	<input type="checkbox"/> ショートステイ
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 施設入所
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 未定	

◇ケアマネジャーを決めている方、または介護サービスを利用されている方はご記入下さい。

指定居宅介護支援事業者	担当ケアマネジャー	電話番号
		()

*この事前質問票は認定調査事業所及び認定調査員に提示します。

介護保険 認定調査事前質問票別紙

※事前質問票に書ききれない場合、ご使用ください。

ふりがな		被保険者番号	
被保険者名			

--	--	--	--

*この事前質問票別紙は認定調査事業所及び認定調査員に提示します。