

# 記入例

新規申請でない場合は、  
前回は受けた認定結果を○  
で囲ってください。

該当する申請区分を  
○で囲ってください。

## 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	<b>ふじみの はなこ</b>	被保険者番号	<b>0000123456</b>
被保険者名	<b>ふじみ野 花子</b>		

訪問調査にお邪魔する  
場所をご指定ください。

家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居	申請者	<b>ふじみ野 太郎</b> 続柄 ( <b>長男</b> )
------	--	-----	---------------------------------

### 訪問調査場所、日程調整の連絡先等

訪問調査場所	<input checked="" 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"/> 未定の場合は未定と記入してください。
住所	<b>ふじみ野市 福岡 1-1-1</b>	
施設または病院の名称	( 階 )	退院 ( 転院 ) 予
認定調査先電話番号	<b>049 ( 000 ) 0000</b>	
訪問調査への立会い	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	立会い予定者 ( <b>ふじみ野 太郎</b> ( <b>長男</b> ) )
日程調整先電話番号	① <b>03 ( 000 ) 0000</b> ② ( )	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	調査員の駐車場の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 場所: <b>自宅駐車場</b> ) <input type="checkbox"/> 無
訪問調査の日程等	( 訪問調査の時間帯: 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。 ) <b>水曜午前中通院、○月○日立会人出張のため不可。</b>	
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 ( )	

被保険者の方に認知症状がある場合には、どなたかのお立会いをお願いします。

認定調査は申請日から概ね2週間程度のうちに行います。予めご都合の悪い日をご記入ください。調査日時のご指定や土日の調査はお受けできません。

立会人が複数いる場合は、余白又は別紙等に全員の氏名・続柄を記入してください。

主治医意見書の作成をお願いする、主治医への受診について記載してください。

### ◇現在の身体状況・状態

主な疾病名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・○○がん</li> <li>・アルツハイマー型認知症</li> <li>・大腿部骨折 ( ○月○日 )</li> </ul> がんの場合、本人への告知の有無 ( 有 ・ <b>無</b> )	主治医への最終受診日	<b>○年○月○日</b>
本人に知られたい話題 ( 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。 ) <b>有</b> ・ 無 ・ <b>○○がんと診断を受けていますが、本人には告知していません。</b> <b>・「認知」、「介護」の言葉に抵抗があるため話題に出さないでください。</b>	主治医への次回受診予定日	<b>○年○月○日</b>

既往症や投薬を続けている疾病名などご記入下さい。がんの場合は告知の有無についてもご記入ください。交通事故等、第三者による行為が原因で介護が必要な状態になった場合や、状態が悪化した場合は、その旨をご記入ください。

### ◇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 checked="" type="checkbox"/> 歩行・移乗	<input type="checkbox"/> 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 着替え・整容
<input checked="" type="checkbox"/> 食事	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input checked="" 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 checked="" 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。