

# 記入例

新規申請ではない場合は、前回に受けた認定結果を○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 ( 令和○年○月○日 )

|       |                                                                                                        |        |                 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------|
| ふりがな  | ふじみの はなこ                                                                                               | 被保険者番号 | 0000123456      |
| 被保険者名 | ふじみ野 花子                                                                                                | 申請者    | ふじみ野 太郎 続柄 (長男) |
| 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 |        |                 |

## ◇訪問調査場所、日程調整の連絡先等

|                                     |                       |                                                                                                                                                                                                |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 訪問調査場所                              | 種別                    | <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"/> その他 |  |  |
|                                     | 住所                    | ふじみ野市福岡1-1-1                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                     | 施設・病院の名称              | ( 棟 階 ) 退院 ( 転院 ) 予定日                                                                                                                                                                          |  |  |
|                                     | 調査員の駐車場               | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 場所: 自宅敷地内 例) 自宅敷地内 ) <input type="checkbox"/> 無                                                                                                        |  |  |
| 訪問調査時の立会人                           | ペット※2                 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 犬2匹 ) <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                       |  |  |
|                                     | 希望する                  | ①立会予定者 ( ふじみ野 太郎 ) 続柄 ( 長男 )                                                                                                                                                                   |  |  |
| 日程調整                                | 希望しない                 | ②立会予定者 ( ) 続柄 ( )                                                                                                                                                                              |  |  |
|                                     | 電話番号                  | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> ①立会予定者 <input type="checkbox"/> ②立会予定者 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                        |  |  |
|                                     | 連絡先                   | 049-0000-0000                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 訪問調査日                               | 訪問調査日                 | 例) 毎週月・水×                                                                                                                                                                                      |  |  |
|                                     | 都合が悪い日時、曜日をご記入ください。※3 | 水曜午前中通院、○月○日立会人出張のため不可                                                                                                                                                                         |  |  |
| 転院等により調査場所を変更する可能性がある場合は、その調査場所・連絡先 |                       | (連絡先)                                                                                                                                                                                          |  |  |

※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。ペットを室内で飼育する場合は、ゲージに入れるなど調査に影響がないようお願いいたします。

※3 訪問調査開始時刻は、原則、平日 ( 祝日を除く ) 9 : 3 0 ~ 1 5 : 0 0 です。

## ◇現在の身体状況・状態

|                                                               |                                   |              |        |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------|
| 主な疾病名                                                         | ・○○がん・アルツハイマー型認知症<br>・大腿骨骨折(○月○日) | 主治医への最終受診日   | ○年○月○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・無                               | 主治医への次回受診予定日 | ○年○月○日 |
| がんの場合、本人への告知の有無 ( 有・無 ) ( 有の場合は内容を記載してください。 )                 |                                   |              |        |
| ○○がんを診断を受けていますが、本人には告知していません。「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。 |                                   |              |        |

## ◇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 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。

訪問調査にお邪魔する場所をご指定ください。

被保険者の方に認知症状がある場合には、どう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。

・既往症や投薬を続けている疾病名などご記入ください。  
・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。

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。