



## 訪問調査にあたって 被保険者番号

氏名 香芝 福祉

認定調査については、公平・公正な調査を行うため、原則として市職員または現在利用中の居宅介護支援事業者の介護支援専門員以外の者が行います。調査員は認定調査前に必ず連絡をしますが、介護認定を迅速・正確に行うため下記に記入してください。調査所要時間は1時間前後の見込みです。※希望する項目にチェック☑を付けた後、必要な箇所にご記入ください。

## 1. 調査場所について

訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	入院・入所先での調査をご希望の場合は、病院・施設名・病棟等 具体的にご記入下さい	)
	<input type="checkbox"/> 入院・入所先 (		
	訪問先住所 ( 香芝市逢坂1丁目123-4 )		

## 2. 調査の希望日時について

曜日	<input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
	※土曜日・日曜日・祝日の調査希望はご遠慮ください。
時間	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input checked="" type="checkbox"/> 午前 10 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃
	※9:00~16:00の間でお願いします。

※ 入院・入所先での調査については、施設等の都合によりご希望に添えない場合があります。

## 3. 調査日時の連絡先について（更新申請は委託している居宅介護支援事業所から連絡します）

連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏名 ( 香芝 花子 ) 続柄 ( 長男の嫁 )
	電話 ( 0745 ) 79 - XXXX 携帯電話 ( 090 ) XXXX - XXXX
連絡可能な時間帯	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 時頃から 時頃 ※9:00~17:00の間でお願いします。

## 4. 調査時の立会について（日頃の生活状況及び介護の現状等についてお聞きします）

<input checked="" type="checkbox"/> 立ち会いを希望する	立会者氏名 ( 香芝 花子 )
<input type="checkbox"/> 調査実施日時のみ連絡希望する	続柄 ( 長男の嫁 )
<input type="checkbox"/> 立ち会いも日時も連絡希望しない	T E L ( 090 ) XXXX - XXXX

## 5. 利用を予定しているサービスについて

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 新規 (	利用を予定しているサービスがあればご記入下さい。 利用中の方で新たなサービスの利用予定があればご記入下さい
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 追加 (	
<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 継続 (現在利用中のサービス)	

## 6. 最近（直近2年）、交通事故に遭った経験について

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	それはいつ頃ですか	直近2年間に、交通事故に遭ったことがある場合は、ご記入下さい。
---	-----------	---------------------------------

## 7. 申請を希望した経緯について（病名や今の身体状況、日常生活で困っていること、区分変更理由等）

<p>ご本人様の身体や日常生活の状況、介護でお困りのことや申請に至った理由などをご記入下さい。 また、事前に調査員に伝えたいことなどがあればご記入下さい。</p>
---