

介護保険認定調査場所・立会人・連絡先記入票

本人氏名:

① 訪問調査場所について

※ 原則として、本人が主に生活している場所で調査させていただきます。

□被保険者宅 ⇒ 駐車場の有無 : ☐ 有 ☐ 無 ⇒ 駐車可能な場所 ()	
□被保険者宅以外 (住所 :)	
□病院・施設 (名称 : 階 北・南・他 ())	
⇒岡崎市以外の病院・施設の場合 :	(所在地 :) (電話番号 :)
□ショートステイ (施設名 :)	利用期間 : 月 日 ~ 月 日)

② 現在の状況、申請に至った経緯について

☐ 前回申請から特に変化はない	
☐ 身体能力の低下（	）
☐ 認知機能の低下（	）
☐ 手術した（いつ： 部位： ）	
☐ 入院した	いつ： 原因： 今後の予定： ☐ 退院 ☐ 転院 ☐ 帰宅 ⇒ 予定日： 月 日

③ 調査時に留意すべき点について

☐有 ⇒ 理由： ☐認知症の話は本人と別で聞いてほしい ☐余命がわずかなので急いでほしい

☐無 ☐その他（ ）

④ 調査に立ち会われるかた

正確な調査のため、ご家族等の立会いをお願いします。

調査日については、事前にご連絡します。

ふりがな					
氏名			(本人との続柄)		
□同居 □別居 (住所)					
電話番号			※ <u>日中繋がる番号</u> または <u>折り返していただける番号</u>		
①	—	—	(□自宅 □携帯電話 □その他)		
②	—	—	(□自宅 □携帯電話 □その他)		
◆病院・施設のスタッフのみの立会いの場合 ⇒ <u>家族の同意済</u> □					

⑤ 調査予定

調査可能な区分に○印を付けてください。

※ 透析、デイサービス、リハビリ、訪問看護、訪問介護等の時間は避けてください。

区分	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	備考
午前						
午後						