

## 訪問調査に関する聞き取り調査票

葛城市では、要介護認定の訪問調査時に、正確な調査を行うため、現に介助をしておられる方に同席いただき、意見を聞くよう考えております。

また、原則として市職員または調査委託している居宅介護支援事業所の介護支援専門員が認定調査を行いますので、この趣旨をご理解いただき調査の日程調整などに必要な連絡先等のご記入をお願いします。

連絡者氏名	葛城 花子	本人との関係	妻	電話番号	(連絡の取りやすい番号) 090-0000-0000
訪問先住所 (住民票と違う場合)	〇〇〇市〇〇〇番地 〇〇〇病院 〇〇〇号室				
主治医での受診状況 <b>※必須</b>	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (最終受診・受診予定 <b>入院中</b> ) <small>↑いずれかに○をしてください</small>				
認定調査日時について	・ 希望日は特にない ・ 曜日の希望あり <b>月</b> ・ 火 ・ 水 ・ <b>木</b> ・ 金 ・ 時間の希望あり 午前 ・ <b>午後</b> 1 時頃				
認定調査時に同席される方はいますか？	・ <b>いる</b> (同席される方 <b>妻</b> ) ・ いない  *本人が認知症などで調査に支障をきたすと思われる場合は、親戚の方やその地区の民生委員、担当ヘルパーなどの同席の協力依頼をし、その方の連絡先を記入してください。				
本人の状況、介護状況、入院中の方は退院予定日、退院後の予定(ショート利用等)を記入してください	〇〇で入院。〇〇月〇〇日手術。現在リハビリ中。 退院は〇〇月〇〇日ごろを予定。 歩行の際は誰かの介助が必要。物忘れがひどくなっている。 退院後は通所リハビリなどを希望。				

入院中などでご自宅におられない場合は、必ず記入ください。

既に介護保険のサービスを利用されている場合は、こちらの欄もご記入ください。

### 現在受けているサービスについて

在 宅 利 用 (認定調査を行う月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時点の、福祉用具購入は過去6月の品目数を記載)			
<input type="checkbox"/> 訪問介護	月	回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 品目
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (特養) 月 日
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (老健・診療所) 月 日
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護	月	回	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 品目
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 あり・なし
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス			

市役所記入欄	※新規申請者のみ記載 制度パンフレット <input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 未交付 介護事業者一覧表 <input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 未交付	訪問調査の予約 <input type="checkbox"/> 予約済 月 日 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 後日TEL
--------	--	--