

受付印

また、原則として市職員または委託先の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、調査の日程調整などに必要な連絡先などのご記入をお願いします。

連絡者 氏名		本人 との 関係		電話 番号	(連絡の取りやすい番号) 自宅： 携帯：
訪問先住所	・自宅 ・自宅外（下記に住所を記入してください） 電話番号： _____				
※入院中の場合は病棟・階・病室番号を記入	・駐車場有（ _____ ） ・無 ・その他（ _____ ）				
主治医への受診状況【必須】	直近の受診： 年 月 日（最終受診・受診予定・入院中） 受診の間隔： 月 1 回以上・1～2 ヶ月に 1 回・ [_____]				
認定調査の日時について	・曜日の希望あり 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・希望日は特になし ・時間の希望あり 午前 ・ 午後 時頃				
認定調査時に同席される方はいますか？	・ いる 【同席者： _____ （本人との関係） _____ 】 ・ いない <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">原則として、普段の状況がよくわかる方。本人が認知症などで調査に支障があると思われる場合は、家族や民生委員、ヘルパーなどへ同席の協力を依頼し、その方の連絡先も記入してください。</div>				
本人のいないところで聞き取りが必要ですか？	・ はい ・ いいえ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">本人が普段はできないことを「できる」と言ったり、日や時間帯により状態に差がある場合調査時にいつもの状態がわかりにくくなる可能性があります。調査員が、普段の状態を正確に把握できるようご協力ください。</div>				
本人の状況、介護状況、入院中は退院予定日、退院後の予定（ショート利用等）を記入してください。	(申請のきっかけ・入院中の場合は病状及び告知状況・調査時に配慮してほしい事など)				

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）				
□訪問介護	月	回	□福祉用具貸与	品目
□訪問入浴介護	月	回	□短期入所生活介護（特養）	月 日
□訪問看護	月	回	□短期入所療養介護（老健・診療所）	月 日
□訪問リハビリテーション	月	回	□認知症対応型共同生活介護	月 日
□居宅療養管理指導	月	回	□特定施設入所者生活介護	月 日
□通所介護	月	回	□福祉用具購入	品目
□通所リハビリテーション	月	回	□住宅改修	あり ・ なし
□市町村特別給付			□介護保険給付外サービス	

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