|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **0** | **0** |  |  |  |  |  |  |  |

**認定調査確認表　　介護保険被保険者番号：**

**氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様**

**要介護（支援）認定が円滑にできるよう、下記について記入のご協力をお願い致します。**

１　今回申請した理由について（該当するものにチェックしてください）

|  |
| --- |
| [ ] 介護保険サービスを利用するため　　[ ] 病院に勧められたため[ ] 認定更新のため[ ] 現在の認定区分は妥当ではないため、（　重度　・　軽度　）に見直してほしい[ ] 交通事故が原因のため　 |

２　ご家庭の状況について、該当するものにチェックしてください。

|  |
| --- |
| [ ] ひとり暮らし 　[ ] 夫婦のみ 　[ ] 親族と同居 　[ ] その他（ 　　　　　　　　　　　） |

３　サービスの利用について

|  |
| --- |
| 利用しているサービスはありますか？（ヘルパー　週２回、デイサービス　週３回　など） |
| これから利用したいと考えているサービスはありますか？ |

４　訪問調査について

ア　配慮すべきことや、事前に知らせておきたいことなどがあればご記入ください。

|  |
| --- |
| ①　該当するものがあれば、チェックしてください。[ ] 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい[ ] 本人の前では伝えづらいことがあるので、別室で聞き取りをしてほしい |
| ②　主な疾患や問題になっていることはなんですか？　病名（　　　　　　　　　　　　） |
| ※手術予定がある方は、日にちをご記入ください。　→　（　　　月　　　日） |
| ③　最近の日常生活等について◇歩行はできますか？（　　できる　　・　　何らかの介助が必要　　）屋内〔　　　　　　　　　　　　〕　屋外〔　　　　　　　　　　　　〕◇排泄はできますか？（　　できる　　・　　何らかの介助が必要　　）状況〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕◇入浴はできますか？（　　できる　　・　　何らかの介助が必要　　）状況〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕◇物忘れ、しまい忘れ、怒りっぽくなった、日にち・曜日の間違い等はありますか？状況〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| ④　都合の悪い曜日に、〇をつけてください。※調査は平日（月～金）の日中に伺います。 |
| 月曜日　・　火曜日　・　水曜日　・　木曜日　・　金曜日 | 裏面へ |

　イ　調査場所が住所地以外の場合、ご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問先 | 施設・病院名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　病棟） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | -　 　- |
| 滞在期間 | 　　　　年　　月　　日　～ | [ ] 　　　　年　　月　　日　予定[ ] 未定または移動予定なし |

ウ　調査に同席される方についてご記入ください。

ご自宅で調査される場合には立会人が必要です。日程を調整される方の連絡先をご記入ください。平日の日中に調査員からご連絡をいたします。（※調査は事業所に委託する場合もございます）

※病院・施設で調査される場合につきましても、立ち合い希望の場合は連絡先をご記入ください。

記入のない場合は、病院・施設の関係者と日程調整を行います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  | 電話 | － 　－　　（自宅・職場・携帯）－　　　－　　（自宅・職場・携帯） |
| 要介護認定 | 有・無 |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  | 電話 | －　　　－　　（自宅・職場・携帯）－　　　－　　（自宅・職場・携帯） |
| 要介護認定 | 有・無 |

エ　調査場所付近に駐車スペースはありますか？（該当するものにチェックしてください）

|  |
| --- |
| [ ] 自宅の駐車場　　[ ] 近隣のコインパーキング　　[ ] 入院・入所先の駐車場[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　[ ] ない |

５　申請書に記入した主治医について、下記の質問にお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 最後に受診した日：　　　　月　　　日 | 次回、受診予定日：　　　　月　　　日 |
| ② | 定期的にかかっており直近２ヶ月以内にも一度診てもらっている医師、または、入院中の病院・入所中の施設で診てもらっている医師ですか？　[ ] はい（質問は終了です。）　　　[ ] いいえ（③にお進みください） |

|  |  |
| --- | --- |
| ③ | 医師が意見書を書けない場合があります。申請すること（＝意見書が必要になること）をあらかじめ伝えておくことが必要です。どちらかにチェックしてご申請ください。　[ ] 医師に伝え、了承を得ました。　　　[ ] 　　　月　　　日に伝える予定です。 |

６　介護保険サービスの相談状況について、ご記入ください。

|  |
| --- |
| 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに相談されている方はご記入ください。 |
| 事業所名 | （　　　　　　　　）地域包括支援センター（　　　　　　　　）居宅介護支援事業所 | 担当者名 |  |
| 事業所連絡欄： |

【令和６年４月改定版】　　　　　　　　　　　　　　　　　（　受付　：　　　　　　　）