

認定調査確認票

1. 訪問先について

- 自宅(被保険者住所地)
- 申請書記載(表面)の病院・施設等
- 上記以外(家族宅、申請書記載以外の病院・施設等)

氏名(ご家族、病院・施設名) () 続柄 ()
 住所 () 電話番号 ()

2. 訪問調査の日程調整について

- 連絡調整者 本人
 申請者・提出代行者
 上記以外の者

氏名 () 続柄 ()
 住所 () 電話番号 ()

※電話番号は、昼間にご連絡のつく勤務先又は携帯等をご記入ください。

3. 訪問調査時の立ち会い(同席)について

- 訪問調査時に 申請者・提出代行者が立ち会う
 上記以外の者が立ち会う

氏名 () 続柄 () 電話番号 ()
 立ち会いを希望しない

※実態にあった調査をするために、できるだけご家族の同席をお願いします。

4. 訪問調査の日程について

申請日翌日から2週間以内の平日(9:00～12:00、13:30～16:30)で、**ご都合の悪い日(デイサービス、デイケア、通院日等で調査場所を不在の日)**に×をご記入ください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後					

※訪問調査の日程については、申請受け付け後、調査員から改めて上記連絡調整者にご連絡いたします。

5. 認定結果の送付先について

- 被保険者宅
- 申請者・提出代行者
- 入院・入所施設
- その他 ()

※その他の場合は、郵便番号、住所(県外の場合は都道府県名から)、氏名をご記入ください。

6. 希望する介護サービスについて

- ホームヘルパー 訪問入浴介護 訪問リハビリ 訪問看護 居宅療養管理指導
- デイサービス デイケア ショートステイ 施設入所 地域密着型サービス
- 福祉用具の貸与 ()
- 福祉用具の購入 ()
- 住宅改修 ()

7. その他確認事項について

- ・生活状況を教えてください。 一人暮らし 家族と同居(構成)
- ・動物を飼っていますか? 飼っている () 飼っていない
- ・訪問調査時に留意する事項(病気や認知機能、家族状況等)がありましたら、ご記入ください。

(例: 認知面の立ち会い者への聞き取りについては、家の外(又は電話)が好ましい。)