

認定調査訪問時の参考となるため、アンケートにご回答ください。(当てはまるものに○)

記入例

【 】 介護保険被保険者番号【 】

①現在のサービス利用の有無について

A 利用していない B サービス利用中 (福祉用具等含む)

②介護認定の緊急性について

A 末期がん (医師の診断による余命半年以内である) B 終末期で看取りの状態である。
C 高齢者虐待の可能性が高い。

③入院中の方

A 退院後は施設入所を検討、予定している。 B 在宅でのサービス利用を予定している。

【調査について】

①調査場所の希望について ※調査は原則、日ごろの状況を把握できる場所で行っています。

- A 自宅
- B 医療機関 (病院名 病棟名 階 号室)
- C 介護保険施設 (施設名)
- D ケアハウス (施設名)
- E グループホーム (施設名)
- F その他 (住所及び名称)

立会人がいない場合は、ご本人と連絡のとれる連絡先をご記入お願いします。

②調査の立会いについて (本人と本人の状況をよく御存じの方に同席をお願いします)

A 立会人あり B 立会人なし

※ありの方は下記に記載をしてください。なしの場合は本人と連絡のとれる番号を記載してください。

氏名	ふりがな ()	本人との関係	
住所		日中連絡のとれる電話番号	① ②

③認定調査の日程について (平日の月曜日から金曜日に行います。)

A いつでもよい B 都合の悪い日 ()

④希望する訪問時間帯について

A いつでもよい B 午前がよい C 午後がよい

駐車場所がわかりやすいようにご記入お願いします。

⑤駐車場の有無について

訪問調査にお伺いする際は車で訪問しますが、自動車を駐車する場所がありますか。

※自宅以外の場所の調査でも、駐車場所の記入を具体的にお願いします。

A あり 庭 ・ 車庫 (ガレージ) ・ その他 ()
(場所)
(例) 自宅南側の空き地 アパート駐車場南側の5番など、具体的に。
B なし (場所)

※申し訳ありませんが、路上駐車は違法行為になりますので、
駐車場がない場合でも、駐車スペースの確保、またはご指示をお願いします。

調査員	さん	<input type="checkbox"/> 病院等に調査日を予約済み <input type="checkbox"/> 当日立会人に電話が必要 <input type="checkbox"/> 当日病院等に電話が必要 <input type="checkbox"/> その他 ()
調査日	令和 年 月 日 ()	メモ
時間	午前・午後 時 分～	
配車		

