

介護保険認定 申請者聞取り資料

相談日	月 日 対応者（ ）			
被保険者氏名		来庁者・相談者	続柄等	
申請の理由 及び 困り事等	<input type="checkbox"/> 心身状態の問題			
	<input type="checkbox"/> 生活面の問題			
	<input type="checkbox"/> 主治医・医療機関等の勧め	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
相談内容				
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入（ ） <input type="checkbox"/> 住宅改修（ ）			
入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因（ ）			退院予定 月 日 ・ 未定
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	会話の支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	身障（ ）級
介護予防等 (健康の為に 心がけ)	<input type="checkbox"/> 百歳体操 <input type="checkbox"/> ふれあいサロン <input type="checkbox"/> 運動（ ） <input type="checkbox"/> 仕事等（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 期間等…			
病院受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（次回予定日 月 日）			定期受診 回
調査立会希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 立会人氏名（続柄）			
調査予定日	月 日	午前 午後	時 分（調査員	） <input type="checkbox"/> 包括 同行あり
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者と二人 <input type="checkbox"/> 家族と同居（ 人）（ <input type="checkbox"/> 同一敷地内に家族あり）			
	<input type="checkbox"/> 家族に認定者 有			
	氏名（ ） 続柄（ ） 介護度 要介護 要支援（ ） 居宅 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 事業所（ ） 主たる介護者（ ）			
緊急度	<input type="checkbox"/> 急いでサービス利用 <input type="checkbox"/> 結果が出てから利用 軽度生活援助同時申請の必要性 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 同時申請済） <input type="checkbox"/> 無			
送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
備考				

介護認定更新申請をされる方は、再度、認定調査員の調査が必要となります。後日、調査員から調査の日取りを決めるため連絡をさせていただきますので、下記の項目についてご記入ください。 □ には、✓ をしてください。

要介護認定調査(訪問調査)連絡票

記入者氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族等（続柄： ） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・介護保険施設 職員等		
被保険者氏名 (要介護者)					
調査立会希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	立会人氏名	(続柄)		
調査日についての連絡先	<input type="checkbox"/> 記入者		電話番号	-	-
	<input type="checkbox"/> 立会人		電話番号	-	-
※日中連絡のとれる所を記入してください	<input type="checkbox"/> その他	氏名		電話番号	- -
		住所			
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ (申請書に記載されている住所と同じ)				
	<input type="checkbox"/> 入院・入所先	施設名		電話番号	- -
	<input type="checkbox"/> その他の場所	住所		電話番号	- -
その他 (要望等)	※調査員に伝えておきたいことがあれば記入してください。				

要介護認定結果や申請書等関連書類の今後の送付先を変更したい方はご記入ください

送付先	<input type="checkbox"/> 本人宅（本人宛） <input type="checkbox"/> 本人宅以外（家族・親族等） <input type="checkbox"/> 事業所等（居宅介護支援事業所・施設等）※ご本人・ご家族等の了承を得ておいてください				
宛先氏名・事業所名					担当者名（事業所等の場合のみ）
連絡先	() -				
送付先住所	〒 -				

- 今後、送付先変更の申し出がない限り、上記の選択先に送付させていただきます
- 介護保険料に関する書類の送付先変更のご相談については、別途介護保健係までご連絡ください (☎0889-22-7709)