認定調査の 介護保険被保険者証の番号を記入してください。

被保険者番号 (フリガナ)	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 カイヅカ タロウ	生年月日	大 昭 15年 12月 25日
調査を受けるかたの氏名	目塚 太郎	性別	男 ・ 女 (○歳)
要介護	更新 ・ 要支援から区分変更 ・ 要介護から区分変更		
現在の要介護区分	要支援 1 2 ・ 要介護 ① 2 3 4 5 ・ 事業対象者		
調査の日程調整者	(フリガナ) カイヅカ ハナコ (続柄) 妻 氏名 貝塚 花子 (電話番号) 090-xxxx-xxxx		
調査日についての希望	☐ 特になし ☒ 時間帯の希望あり 調査可能な時間帯に ☒ → 午後 ☒ ☒ ☒ ☐ ☐		
調査の日程調整に関して配慮してほしいこと	12~13時の連絡を希望します。 調査日時決定後、ケアマネージャー大阪さん(080-xxxx-xxxx)へ連絡してください。 訪問調査に立会していただくかたの氏名、続柄を記入してください。		
調査の同席者 (なしの場合は「なし」と記入)	(フリガナ) カイヅカ ハナコ、大阪 丸子 氏名 貝塚花子、大阪丸子 (続柄)妻、ケアマネージャー		
調査の場所 (自宅調査の場合も住所を記入してください)	☒ 自宅 ☐ 自宅 〒 597-0106 電話番号: 072-xxx-xxxx ・住所 貝塚市畠中1丁目○番○号 ○○マンション201号室 ・調査場所の施設名、病院名、その他の名称など 名称: 病棟・部屋番号等: 入院・入所日: 年 月 日 退院予定日: 年 月 日		
入院・転院・退院・手術予定 または施設への入所予定	○月○日に△病院へ入院し●月●日に手術予定。 1週間程度で退院の予定。		
認定調査のときに配慮してほしいこと	☐ 特になし ☒ 難聴なので大きめの声で話してほしい ☐ 本人に告知していない疾病(がん等)があり、病名・病状はわからないように調査をしてほしい ☐ その他 ()		
現在治療中の病気	☒ 特になし ☐ 骨折(部位:) ☐ 認知症 ☐ がん(☐ 末期) ☐ 脳梗塞 ☐ その他感染の恐れがある疾患() 現在の状況、生活上、困っていること、持病など、簡単に記入してください。 更新申請の場合は記入不要です。		
申請に至った理由をご記入ください (更新のかたは不要)	○月○日ごろから体調が悪化し起き上がれなくなった。 排泄は紙おむつを使用している。		
◎介護が必要な状態となった原因は、交通事故等によるものですか。		はい ・ ①いいえ	
★介護度は、介護にかかる手間(時間)により判定されますので、非該当や介護度が下がる場合もあります。ご了承ください。		市記載欄	調査依頼
		申請日	受付番号