

認定調査の確認事項

※調査員が後日、ご自宅などにお伺いして、心身の状態を確認するための調査を行います。

被保険者番号 (フリガナ)					生年月日	大・昭	年	月	日
調査を受けるかたの氏名					性別	男・女	(歳)		
要介護認定の手続きの種類	新規・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) 氏名				(続柄) (電話番号)				
調査日についての希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 時間帯の希望あり 調査可能な時間帯に <input checked="" type="checkbox"/> →				月	火	水	木	金
調査の日程調整に関して 配慮してほしいこと									
調査の同席者 (なしの場合は「なし」と記入)	(フリガナ) 氏名				(続柄) (電話番号)				
調査の場所 (自宅調査の場合も 住所を記入してください)	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 自宅以外						
	〒		電話番号:						
	・住所								
	・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									
認定調査のときに 配慮してほしいこと	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 難聴なので大きめの声で話してほしい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 []								
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん(<input type="checkbox"/> 末期) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他感染の恐れがある疾患(病名:)								
申請に至った理由を ご記入ください (更新のかたは不要)									
◎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 ・ 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