

訪問調査連絡票

はじめに

要介護・要支援認定のために自宅等を訪問して、介護を必要とする方現在の状態について調査を行います。円滑に調査を行うために必要な事項ですので、ご記入お願いいたします。

1 調査日程について

調査場所 (調査日に一週間以上生活している場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 ※駐車場(有 ・ 無)車で調査に伺います。 <input type="checkbox"/> 入院先・入所先() <input type="checkbox"/> その他()
調査可能な曜日及び時間帯	<input type="checkbox"/> 月(9:30～ ・ 11:00～ ・ 13:00～ ・ 14:30～) <input type="checkbox"/> 火(9:30～ ・ 11:00～ ・ 13:00～ ・ 14:30～) <input type="checkbox"/> 水(9:30～ ・ 11:00～ ・ 13:00～ ・ 14:30～) <input type="checkbox"/> 木(9:30～ ・ 11:00～ ・ 13:00～ ・ 14:30～) <input type="checkbox"/> 金(9:30～ ・ 11:00～ ・ 13:00～ ・ 14:30～) <input type="checkbox"/> いつでも可
透析の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金)

※11:00～と14:30～の調査は、前に別の調査が入っていますので移動時間等の関係で開始時間が前後する可能性があります。ご協力お願いします。

2 調査立会予定者 ※介護認定を必要とする方の心身の状態についてお聞きます。

氏名(複数人いるときは代表者の記入)	続柄	電話番号	連絡が取りやすい時間帯
			時 ～ 時
<input type="checkbox"/> ケアマネージャー(申請者 ・) <input type="checkbox"/> 入院先相談員() <input type="checkbox"/> 他()			
※立会がない場合 <input type="checkbox"/> 上記立会予定者へ聞き取りの連絡が必要 <input type="checkbox"/> 聞き取り不要です(調査員の判断で連絡をとる場合もあります)			

3 利用しているサービスについて

ディサービス	事業所名: Tel()	月・火・水・木・金・土・日
ディケア	事業所名: Tel()	月・火・水・木・金・土・日
ヘルパー	事業所名: Tel()	月・火・水・木・金・土・日
ショートステイ	事業所名: Tel()	月・火・水・木・金・土・日
その他(訪問診療、訪問看護、障がい自立支援等)	事業所名: Tel()	月・火・水・木・金・土・日
福祉用具(介護給付)	車椅子・電動ベッド・歩行器・手すり・その他()	

4 主治医意見書の依頼先医療機関への通院(住診)の状況について

<input type="checkbox"/> 定期的に受診している	最終診察日: 年 月 / 受診予定日: 年 月 ※主治医に介護認定申請の相談はお済みですか。または医療機関からすすめられたの申請ですか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
<input type="checkbox"/> 定期的な受診はない	長期間通院がないときは、主治医が意見書を記載できないことがありますので、医療機関へご確認のうえ申請ください。

5 調査時の対応で注意してほしいこと等があればご記入ください。

例)耳が聞こえにくいので大きな声をお願いします。病気のことは本人に未告知です。調査後本人のいない所で話したいことがあります。等
