

介護保険訪問調査のためのアンケート

被保険者氏名 _____

このアンケートをもとに調査員が電話にて、訪問調査の日程を相談させていただきます。※該当する場合☑

記入者氏名	本人以外の場合（続柄 _____）						
受診状況	前回 受診日		次回 受診日		毎(月・週) _____ 回・入院中	受診無(受診予定 _____ 月 _____ 日頃)	
	主治医意見書作成においての主治医の了承				有 ・ 無		
訪問調査先	<input type="checkbox"/> 自宅（住民票住所地）： 一人暮らし ・ 日中独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族同居 <input type="checkbox"/> 病院・施設： 名称 _____ 病棟・階 _____ 号室 住所 _____ 電話番号 _____ <input type="checkbox"/> その他： (_____) (退院予定日： _____)						
調査員駐車場	<input type="checkbox"/> なし (_____) <input type="checkbox"/> あり： 軽自動車のみ ・ 普通車も可						
調査日程調整 連絡先	※必ず 8：30～17：15 の間で連絡のとれる電話番号を記入してください。 氏名： _____ 続柄： _____ 連絡先： 電話・携帯 _____						
調査立会の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 立会い者氏名： _____ 続柄： _____						
訪問調査日	調査は月～金曜日 9：00～15：30（休日・夜間を除く）に行います。 本人・立会者の都合の悪い曜日に×をつけて下さい。						
		月	火	水	木	金	備 考
	午 前						
午 後							
調査時留意点 および申請理由	身体状況（状態の悪化・入院中の場合手術の有無や術後の経過等）事前に調査員へ伝えておきたい事・特別な配慮の必要がありましたら記載して下さい。 <input type="checkbox"/> 病名・病状を告知していない <input type="checkbox"/> 本人の前で話しにくい事がある <input type="checkbox"/> その他 理由： _____						
利用希望の サービス	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具利用 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
利用中の サービス (更新の方)	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> デイ (デイケア) < _____ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 > <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ (申請以降の利用予定日) _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具利用 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他						
担当 (予定) ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 氏名： _____ 事業所名： _____						
認定結果送付先	<input type="checkbox"/> 現住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 現住所と異なる住所へ郵送希望（※親族のみ記入） 今後、通知送付先を以下のとおりに変更希望 （ <input type="checkbox"/> する → <input type="checkbox"/> 認定・給付 <input type="checkbox"/> 介護保険料 / <input type="checkbox"/> しない ） 受取人氏名： _____ 続柄： _____ 郵送先住所： 〒 _____ _____ 受取人電話番号： _____						
※市役所使用欄	保険証の提出状況 (有・無)	介護保険料未納状況 (あり・なし)	第三者行為求償（交通事故等）への該当 (有・無) 有の場合 示談 (有・無)				

※裏面に訪問調査先の地図をお描きになるか、地図のコピー等を添付してください。