

# 介護保険訪問調査のためのアンケート

① 被保険者氏名 **伊東 太郎**

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☑

<b>記入者氏名 ②</b>	<b>伊東 花子</b> 本人以外の場合 (続柄 <b>妻</b> )						
<b>受診状況 ③</b>	前回受診日	<b>〇月〇日</b>	次回受診日	<b>〇月〇日</b>	毎(月・週) <b>1</b> 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				<b>有</b> ・ 無		
<b>訪問調査先 ④</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (住民票住所地) : 一人暮らし ・ 日中独居 <b>夫婦のみ</b> ・ 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 : ..... )						
<b>調査員駐車場</b>	<input type="checkbox"/> なし ( ..... ) <input checked="" type="checkbox"/> あり : 軽自動車のみ ・ 普通車も可						
<b>調査日程調整 連絡先⑤</b>	※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 : <b>伊東 花子</b> 続柄 : <b>妻</b> 連絡先 : 電話 <b>携帯</b> <b>080-XXXX-XXXX</b>						
<b>調査立会の有無⑥</b>	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 立会い者氏名 : <b>伊東 花子</b> 続柄 : <b>妻</b>						
<b>訪問調査日⑦</b>	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	×		×				
<b>調査時留意点 および申請理由⑧</b>	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 checked="" type="checkbox"/> その他 <b>難聴のため、発語でのコミュニケーションが困難。筆談での調査希望します。</b>  理由 : <b>右大腿骨骨折により歩行困難のため。</b>						
<b>利用希望の サービス</b>	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> デイケア <input checked="" 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 ( ..... )						
<b>利用中の サービス (更新の方)</b>	<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						
<b>担当 (予定) ケアマネジャー</b>	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 氏名 : ..... 事業所名 : .....						
<b>認定結果送付先 ⑨</b>	<input type="checkbox"/> 現住所へ郵送 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> する → <input checked="" type="checkbox"/> 認定・給付 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料 / <input type="checkbox"/> しない )						
	受取人氏名 : <b>伊東 二郎</b> 続柄 : <b>長男</b>						
	郵送先住所 : 〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇 熱海市〇〇町〇〇-〇</b> 受取人電話番号 : <b>〇〇-〇〇〇〇</b>						
<b>※市役所使用欄</b>	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。

## 【介護保険訪問調査のためのアンケート】記入上の注意点

- ① **被保険者氏名**の欄には介護を受ける方（以下、被保険者）の「氏名」をご記入ください。
- ② **記入者氏名**にはアンケートを記入された方の氏名をご記入ください。被保険者以外の方が記入の場合、被保険者とのご関係をご記入ください。
- ③ **受診状況**には、前回受診日及び次回受診予定日、主治医への受診頻度をご記入ください。また、主治医が意見書の作成について承諾、周知の有無についてご選択ください。無の場合は主治医に事前確認をお願いします。
- ④ **訪問調査先**には、被保険者の申請時点での「居場所・訪問調査を行う場所」について選択の上、ご記入ください。  
自宅（住民票登録住所）にお住いの場合⇒自宅（住民票住所地）にチェックを入れ、居住形態に該当するものに丸を付けてください。  
病院・施設に入所や入院している場合⇒病院・施設にチェックを入れ、施設名と部屋番号、入院している場合は退院予定日をご記入ください。  
住民票登録している場所や病院、施設以外の親族等のお住まいの場合⇒その他にチェックを入れ、お住まいの住所とどの方の住所かをご記入ください。
- ⑤ **調査日程調整連絡先**には、訪問調査の日程調整連絡をされる方の氏名、被保険者とのご関係、電話番号をご記入ください
- ⑥ **調査立会の有無**には、立会の有無についてご選択いただき、立会いをなさる場合は立会い者の氏名と被保険者のご関係をご記入ください。
- ⑦ **訪問調査日**には、訪問調査の日程について、曜日・時間帯によるご都合をご記入ください。  
※お仕事が不定休である等の理由により選択が困難である場合は未記入でも構いません。電話にて調整させていただきます。
- ⑧ **調査時留意点および申請理由**には、被保険者の心身の状態について、事前にお伝えしたいことがある場合はご記入ください。  
今回申請に至った理由をご記入ください。  
※日常の生活動作等（歩行状態や食事、排泄等）については調査実施時に伺います。事前の準備等を要する事柄についてご記入ください。
- ⑨ **認定結果送付先**には、認定の結果（被保険者証等）の送付先をご選択ください。  
自宅（住民登録住所）に送付希望の場合⇒現住所へ郵送 をご選択ください。  
現住所と異なる住所に結果を送付する場合⇒現住所と異なる住所へ郵送希望（※親族のみ記入）を選択し、送付先の情報をご記入ください。また、今回だけでなく今後も記入していただいた住所に通知の送付を希望される場合には（する）にチェックをつけ、希望する通知の箇所にもチェックをつけてください。