代行申請受付時の聞き取り票			被保険者氏名(				)	
		I		■相	 談受付日(	年	 月	日 )
■提出代行施設・	・機関名(			) ■相	談受付者名(			)
調査立会い希望	有 •	無						
➡ 有の場合	立会い希望日時	(1. 月	月	時)	(2. 月	日	時)	
担当者氏名			連絡先					
■調査の実施者は	こついて(いずれかに	○をつけてく	(ださい)					
介護保険	食課 介護認定調査	 員						
地域包括	5支援センター・すこ	やか相談所	i	調査員名	(			)
その他事	事業所 (		)	調査員名	(			)
■認定調査につ	ついて							
①ご家族等の連	絡先(立会いの有無	に関わらず証	己入してく	ださい。)	)			
ご家族氏名		続柄		連絡先	(自宅)	_	_	
こ家族氏名		形式作		<b>建</b> 稻元	(携帯)	_	_	
③調査日で都合	をされない場合でも の悪い日時・時間帯 対象者のおられない原	はありますか	12? 【な	い・ある	5 (			)]
							. بال کی ر	主じない
■八院の有無に	_			ı	、院していない	· ]		
7 m4 0 10 A	入院日(年	月	日)	病名(				) ————————————————————————————————————
入院の場合	病院名( 退院・転院の予定(		無 )	病棟・病退院予定		· 棟	 月	
<b>■</b> + + + + > > □				巡阮 ] / 1/1	<u> </u>		Д	— D /
	<b>引かれたご本人の心</b>		こついて					
現在患っている卵								)
認知症	──	疑いあり ・	ナとしい					
	ことできる・	できない	(状況:	-m		H:		)
介助が必要な日	こと     できる・       常生     入浴・トイ	できない	(状況:	理・掃除・	・買い物・服薬	(JXI		)
介助が必要な日 活動作	こと できる ・ 常生 入浴・トイ その他 (	できないレ・食事・着	(状況: 替え・調理	)				)
介助が必要な日	こと できる ・ 常生 入浴・トイ その他 (	できないレ・食事・着	(状況: 替え・調理	)	・買い物・服薬等があれば記		ださい。	)
介助が必要な日 活動作	こと できる ・ 常生 入浴・トイ その他 (	できない レ・食事・着 ※理由として	(状況: 替え・調理	)			ださい。 ・ ない	)
介助が必要な日 活動作 ■希望されるサー	たと できる ・ 常生 入浴・トイ その他 ( ービスについて ある (※理) 類 デイケア	できない レ・食事・着 ※理由として 由: ・ デイサー	(状況: 替え・調理 て、特記す ビス ・	) べき病状 ヘルパー	等があれば記	入してく <i>†</i> )	<ul><li>ない</li></ul>	
介助が必要な日 活動作 ■希望されるサー 緊急性	たと できる ・ 常生 入浴・トイ その他 ( ービスについて ある (※理) 類 デイケア	できない レ・食事・着 ※理由として 由:	(状況: 替え・調理 て、特記す ビス ・	) べき病状 ヘルパー	等があれば記	入してく <i>†</i> )	<ul><li>ない</li></ul>	
介助が必要な日 活動作 ■希望されるサー 緊急性 サービスの種	たと できる ・ 常生 入浴・トイ その他 ( ービスについて ある (※理) 類 デイケア	できない レ・食事・着 ※理由として 由: ・ デイサー	(状況: 替え・調理 て、特記す ビス ・	) べき病状 ヘルパー	等があれば記	入してく <i>†</i> )	<ul><li>ない</li></ul>	
介助が必要な日 活動作 ■希望されるサー 緊急性 サービスの種	こと       できる・         常生       入浴・トイー         その他(         ービスについて         ある(※理)         類       デイケア         住宅改修         合のみお願いします。	できない レ・食事・着 ※理由として 由: ・ デイサー ・ 介護保険	(状況: 替え・調理 (、特記す ビス ・ 施設等申し	) べき病状 ヘルパー <sub>ン</sub> 込み ・	等があれば記	入してく7 ) トステイ	<ul><li>ない</li><li>福祉</li></ul>	
介助が必要な日 活動作 ■希望されるサー 緊急性 サービスの種 ◆更新申請の場合 現在のサービス	こと       できる・         常生       入浴・トイー         その他(         ービスについて         ある(※理)         類       デイケア         住宅改修         合のみお願いします。	できない レ・食事・着 ※理由として 由: ・ デイサー ・ 介護保険	(状況: 替え・調理 て、特記す ビス ・ 施設等申し	) べき病状 ヘルパー し込み ・	等があれば記 ・ ショー その他( トステイ・福祉	入してくが ) トステイ 止用具・そ	<ul><li>ない</li><li>福祉</li><li>の他(</li></ul>	<ul><li>紅用具 ·</li><li>)</li></ul>
介助が必要な日 活動作 ■希望されるサー 緊急性 サービスの種 ◆更新申請の場合 現在のサービス	こと     できる・       常生     入浴・トイー       その他(       ービスについて       ある(※理目       類     デイケア       住宅改修       合のみお願いします。       内容     デイケア・ラー	できない レ・食事・着 ※理由として 由: ・ デイサー ・ 介護保険	(状況: 替え・調理 て、特記す ビス ・ 施設等申し	) べき病状 ヘルパー し込み ・	等があれば記 ・ ショー その他( トステイ・福祉	入してくが ) トステイ 止用具・そ	<ul><li>ない</li><li>福祉</li><li>の他(</li></ul>	<ul><li>独用具 ·</li><li>)</li></ul>

## 代行申請受付時の聞き取り票

記入例

被保険者氏名	(	大津	光	)
10 41 1 10 4 III 1 4 1 1 1	•	2 2 1		,

■相談受付日	(	年	月	日 )
	(		/1	H /

日)

■提出代行施設・機関名( 介護包括支援センター

) ■相談受付者名( 介護 太郎

調査立会い希望	有・	無		
→ 有の場合	立会い希望日時	(1. □月 ○日	日 ×時) (2. ○月 ×日 □時)	
担当者氏名	介護 太郎	連絡先	000-00-×××	

■調査の実施者について(いずれかに○をつけてください)

0	介護保険課 介護認定調査員		
	地域包括支援センター・すこやか相談所	調査員名(	)
	その他事業所 ( )	調査員名(	)

## ■認定調査について

①ご家族等の連絡先について(立会いの有無に関わらず記入してください。)

フリガナ	オオツ ハナコ <del>1 ン1 サ: フ</del>	続柄	長女	連絡先	(自宅) ○○○-□□□-×××
- 多族氏名	八净 化十	<i>ዝ</i> ሃር 1 የ ነ	以及	<b>建</b> 帽儿	(携帯) ○○○-□□□-××××

- ②調査の立会いをされない場合でもご家族への日程調整の連絡が必要ですか?【 はい ・ いいえ 】
- ③調査日で都合の悪い日時・時間帯はありますか?【 ない (ある) ( ○/○ 午前 、 ○曜日 等 )】
- ④調査立会い時、対象者のおられない所での調査員との話し合いを希望されますか?【希望する・希望しない】
- ■入院の有無について・・・【
   入院中である
   訪問調査の日程調整で参考にさせてもらいます。入院中や入院予定のある方はわかる範囲で結構ですので、できる限りご記入ください。

   入院の場合
   有
   月
   日) 病で結構ですので、できる限りご記入ください。

退院予定日(

無

有・

■申請者から聞かれた心身の状況について

退院・転院の予定(

現在患っている病気	なし・(あり)(病名: 訪問調査の際参考にさせていただきます。分か
認知症	ある ・ 疑いあり ・ ない る範囲で結構ですので、ご記入ください。
支えなしで歩くこと	できる ・ できない (状況:
介助が必要な日常生	大浴・トイレ・食事・着替え (調理・掃除・買い物・服薬)
活動作	その他(

■希望されるサービスについて ※理由として、特記すべき病状等があれば記入してください。

緊急性	ある (※理由:	) · (tsv)
サービスの種類	ディケア ・ デイサービス ・ ヘルパー ・	・ ショートステイ ・ 福祉用具 ・
	住宅改修・ 介護保険施設等申し込み・ そ	その他( )

◆更新申請の場合のみお願いします。

現在のサービス内容 デイケア・デイサービス・ヘルパー・ショートステイ・福祉用具・その他( )

■その他、市に伝えておいた方がよいと思われること。(本人に告知していない病名や、その他配慮が必要なこと等)

どんな些細なことでもいいので、本人様のお身体の状態や日常生活で不安に思っている行動などをお書きください。訪問調査のときに参考にさせていただきます。