代行申請受付時の聞き取り票

被保険者氏名（　　）

■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　日　時）　（2．月　日　時）		
担当者氏名		連絡先	

■調査の実施者について（いずれかに○をつけてください）

	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（立会いの有無に関わらず記入してください。）

ご家族氏名（フリガナ）		続柄		連絡先	(自宅)　－　－
					(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（　　）】

④調査時、調査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　・　入院していない　】

入院の場合	入院日（　年　月　日）	病名（　　）
	病院名（　　）	病棟・病室（　棟　号室）
	退院・転院の予定（　有　・　無　）	退院予定日（　年　月　日）

■申請者から聞かれたご本人の心身の状況について

現在患っている病気	なし　・　あり（病名：　　）
認知症	ある　・　疑いあり　・　ない
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活動作	入浴・トイレ・食事・着替え・調理・掃除・買い物・服薬 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：　　）　・　ない
サービスの種類	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　・ 住宅改修　・　介護保険施設等申し込み　・　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）

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　）

■相談受付日（　年　月　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　×時）　（2．○月　×日　□時）		
担当者氏名	介護　太郎	連絡先	○○○－□□□－××××

■調査の実施者について（いずれかに○をつけてください）

○	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。）

ご家族氏名（フリガナ）	大津　花子（オオツ　ハナコ）	続柄	長女	連絡先	（自宅）○○○－□□□－×××
					（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	入院日（　年　月　日）	病
	病院名（　介護病院　）	病
	退院・転院の予定（　有　・　無　）	退院予定日（　年　月　日）

■申請者から聞かれた心身の状況について

訪問調査の際参考にさせていただきます。分かる範囲で結構ですので、ご記入ください。

現在患っている病気	なし　・　あり（病名：
認知症	ある　・　疑いあり　・　ない
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活動作	入浴・トイレ・食事・着替え・調理・掃除・買い物・服薬 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：　）　・　ない
サービスの種類	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　・ 住宅改修　・　介護保険施設等申し込み　・　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。