

申請受付時の聞き取り票

認定調査は平日のおおむね
10時から15時までです

被保険者氏名 ()

相談受付日 (年 月 日)

相談受付者名 () / () 包括 ・ 支所 ・ 事業所 ・ 課窓口

| | |
|--------------------------------------|--|
| 調査立会いされる場合 | 申請書裏面の「調査について」をご記載ください 調査日で都合の悪い日時・時間帯はありますか 【 ない・ある () 】 調査時、調査対象者のおられない所で調査員との話し合いを希望されますか 【 する ・ しない 】 |
| 調査立会いされない場合 ※緊急連絡先としてご記載願います。 | ご家族氏名 続柄 連絡先 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 】 |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| 在宅の場合 ※わかる範囲で結構です | 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 () |
| | サービス利用の緊急性 | ある (理由:) ・ ない |
| | 希望するサービスの種類 | 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 介護保険施設等申込・その他 () |
| 更新申請の方は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 () | |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| 入院中の場合 ※わかる範囲で結構です | <input type="checkbox"/> 入院年月日は申請書表面のとおり | 病名 () |
| | <input type="checkbox"/> 病院名は申請書表面のとおり | 病棟・病室 (棟 号室) |
| | 退院・転院の予定 (有 ・ 無) | 退院・転院予定日 (年 月 日) 転院先名 () |
| | サービス利用の緊急性 | ある (理由:) ・ ない |
| | 希望するサービスの種類 | 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 介護保険施設等申込・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)

申請書裏面の立会者以外でケアマネジャー等調査立会希望があれば記載してください

| | | |
|-----------------|-----------|------------|
| 立会い希望日時 | (① 月 日 時) | (② 月 日 時) |
| 事業所等名・氏名 | | 連絡先 |