

0	0	1
---	---	---

調查

被保険者番号	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

認定調査について

要介護認定のために、市職員もしくは市が委託した介護保険事業者の認定調査員が
ご自宅等を訪問して介護を必要とする方の心身の状態などについてお聞きします。

調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

※ 原則、月～金の調査とさせていただきます。調査にかかる時間は40分～50分ほどです。

認定調査の実施場所 ※施設の種別 ☐ 病院 ☐ 介護保険施設 （特養・老健・療養） ☐ 有料老人ホーム・サ高住 ☐ その他 （ ）	(訪問先住所)※マンション・アパート名及び部屋番号もご記入ください。 寝屋川市本町1-1							
	(電話番号) 072-000-△△△△							
	(訪問先の名前)※病院の場合は、病棟、号室、退院予定日もご記入ください。 病棟 階 号室 退院予定日 /							
日程調整をする方の 連絡先 ※日中連絡がとれる電話番号	(フリガナ) カイゴ サクラ		・配偶者 ・子 ケアマネ ・その他 ()					
	(氏名) 介護 さくら							
調査に同席する方 ☐ なし ☒ あり⇒ ☐ 日程調整者に同じ	(フリガナ) ネヤガワ ジロウ		・配偶者 子 ・ケアマネ ・その他 ()					
	(氏名) 寝屋川 次郎							
	自宅 072-000-△△△△		携帯 090-0000-△△△△					
調査日で都合の悪い 曜日・時間帯 ※都合が悪い時間帯に×をつけてください		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	日程調整で伝えておきたいこと (仕事中は電話に出られないこと が多いので留守電してください)	
	午前		×	×		×		
	午後					×		
介護が必要となっている 主な病気・障がい・症状 入院・手術などの状況	1	右手骨折		2	右足骨折		3	糖尿病
	入院理由			入院日		手術日		
現在利用中のサービス (新規申請以外) ※利用サービスに○をつけてください	ヘルパー ・ デイサービス ・ デイケア ・ 訪問看護 ・ 訪問リハビリ ・ 福祉用具貸与 ・ 住宅改修 ・ ショートステイ ・ その他() ・ 利用なし							
	受け答え(支障なし) ・ 簡単なことに限られる ・ 難しい) 筆談の必要性(あり) ・ なし 手話の必要性(あり) (なし) 最近、身の回りのことでお困りのこと (・ 右手を骨折し、排泄・食事が自分で出来ない。 ・ 右足を骨折し、歩行が出来ない。 ・ 自分で出来ないことが増えて、精神的に不安定。) 世帯の状況(同居人有妻) ・ 独居)							
担当事業者名	〇〇ケアプランセンター			電話番号	072-000-△△△△			
担当者名	介護 さくら			寝屋川市高齢介護室 認定担当 〒572-8566 寝屋川市池田西町24-5 電話 072-838-1075				