

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

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 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 住民票の住所と同じ (右欄の記入は不要) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	(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 /																			
	(電話番号)																			
	(訪問先住所)※同番地が複数ある場合等は、説明(路地の奥側の家等)のご記入をお願いします。																			
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) (氏名)	・本人 ・配偶者 ・子 ・ケアマネ ・その他 ()																		
	自宅 - - 携帯 - -																			
調査に同席する方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 日程調整者に同じ	(フリガナ) (氏名)	・配偶者 ・子 ・ケアマネ ・その他 ()																		
	自宅 - - 携帯 - -																			
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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月曜</td> <td>火曜</td> <td>水曜</td> <td>木曜</td> <td>金曜</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	午前						午後						(日程調整で伝えておきたいこと)
	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜															
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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">2</td> <td style="width: 33%;">3</td> </tr> <tr> <td>入院理由</td> <td>入院日</td> <td>手術日</td> </tr> </table>	1	2	3	入院理由	入院日	手術日													
1	2	3																		
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 ()																				
世帯の状況(同居人有⇒ ・ 独居)																				
担当事業者名	電話番号																			
担当者名	担当ケアマネ調査許可番号																			
担当ケアマネ ジャーでの認定 調査を希望しま すか？	はい / いいえ 市内事業所のみ回答																			
		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																		