

要介護認定訪問調査個票 (認定申請書と併せてご提出ください)

記入例

被保険者氏名	天神 花子				
調査希望曜日・時間	<input type="checkbox"/> 特に希望無し <input checked="" type="checkbox"/> 希望有り → 希望曜日 (<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input checked="" type="checkbox"/> 金) ※状況により、調査日のご希望に沿えない場合がございますので、ご了承ください。 希望時間 <input type="checkbox"/> 10:30 <input type="checkbox"/> 13:30 <input checked="" type="checkbox"/> その他 → 下記「調査上の留意点」にご記入ください。				
調査場所	※現在生活されている(調査を受ける)場所をご記入ください。(長期ショートステイ中の場合は施設欄に記入) <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設 (<input type="checkbox"/> 中州病院) 病棟 (<input type="checkbox"/> B病棟5階) →入院(所)日 (平成/ <input type="checkbox"/> 令和 8年 2月 22日)～退院(所)日 (令和 年 月 日) ※予定日含む <input checked="" type="checkbox"/> その他 住所 (<input type="checkbox"/> 福岡市中央区中洲〇-〇-〇) <input checked="" type="checkbox"/> 居住地・その他 () ※認定結果通知書及び被保険者証の送付先は住所地になります。変更する場合は別途届出が必要です。				
日程調整の打合せ先 (連絡が取れない場合は、認定調査が遅れる場合があります。)	連絡を取る方	ふりがな	やまかさ よしこ	本人との関係	長女
		氏名	山笠 好子		
		連絡先①	TEL(080-●●●●-●●●●)		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
		連絡先②	TEL()	調査の同席	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		連絡が取れる時間帯など (月～金 12～13時)			
	上記の方に連絡が取れない場合に連絡する方	ふりがな	てんじん たろう	本人との関係	担当ケアマネジャー
		氏名	天神 太郎		
		連絡先①	TEL(090-□□□-□□□□)		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
		連絡先②	TEL(092-▲▲▲-▲▲▲▲)	調査の同席	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		連絡が取れる時間帯など (月～金 10時～17時)			

○会話の支障 無 有 → 要筆談 要手話通訳 その他 ()

○認知症状 無 有 (認知症の症状があり、時々会話の内容が理解できないことがある。)
 ※有の場合、調査時の立会いや調査後電話での聞き取り等にご協力をお願いする場合がございます。

○居宅サービス利用状況

	月	火	水	木	金	土	日	備考
住宅改修								
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	午前	デイサービス		デイケア	訪問看護			
	午後	デイサービス		デイケア				

○調査上の留意点 配慮が必要な事項 (本人には伝えていない病状のこと等)・調査前に伝えておきたいこと等あれば、ご記入ください。
 月曜日、水曜日は10:30から、金曜日は14:00以降の調査を希望

担当ケアマネジャー	事業所・施設名称	福岡ケアプランセンター		
	氏名	天神 太郎 TEL(092-▲▲▲-▲▲▲▲)		
認定調査	<input type="checkbox"/> 担当のケアマネジャーが調査可能 (※過去の調査実施状況等に応じて、調査員を変更させていただく場合があります。)			

① 調査希望曜日・時間

調査日について、希望の曜日があれば○をつけてください。「その他」の時間帯で希望がある場合は「調査上の留意点」に記入してください。

② 調査場所

調査場所が自宅と異なる場合は、当てはまるものを記載してください。入院中・入所中の方は、医療機関名や施設名、入院(所)・退院(所)予定日を記入してください。自宅(住民票上の住所)と、実際に住んでいる場所(居住地)が違う場合は「その他」をチェックし、住所を記入してください。

③ 日程調整の打ち合わせ先

調査日程の打ち合わせ先を記入してください。日中(原則、月曜日～金曜日の10:00～16:30)連絡が取れる方を記入してください。調査の同席を希望される場合は「有」にチェックしてください。※連絡が取れない場合、認定調査が遅れる場合があります。確実に連絡の取れる方を記入してください。※電話番号は記載間違いのないようお願いします。

④ 会話の支障

聴覚に障がいをお持ちであるなど、会話に支障がある場合は、「有」にチェックを入れ、「要筆談」「要手話通訳」「その他」のいずれかご希望の方法をチェックしてください。必要があれば「調査上の留意点」にも記入してください。

⑤ 認知症状

認知症等で意思疎通が困難である等、調査に支障がある場合は「有」にチェックを入れ、具体的な症状を記入してください。場合によっては、調査時の立会いや調査後の聞き取り等にご協力をお願いする場合があります。

⑥ 居宅サービスの利用状況

デイサービス等の居宅サービスを利用されている場合は該当の曜日・時間帯の欄にサービスの内容を記載してください。

⑦ 調査上の留意点

下記事項について、必要があれば記入してください。

- ・心身の状態(末期がんで早急な調査が必要等)
- ・調査日程(他の調査との関係上、ご希望にそえないことがあります。特別な配慮が必要な場合のみ、記入してください。)
- ・サービスの利用状況
- ・その他、調査上で配慮が必要なこと等