

認 定 調 査 に つ い て

要支援認定・要介護認定のために、調査員があなたのご家庭などにお伺いして、あなたの心身の状態に関する項目について質問します。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

被保険者氏名						
認定調整を行うときの連絡先	連絡者氏名					
	電話番号					
認定調査日時の希望について	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 月～金曜日のうちで、都合の悪い曜日・時間帯がある (下記の票に×をつけてください)					
		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	午 前					
	午 後					
認定調査場所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の場所（住民票のある場所） <input type="checkbox"/> その他（調査場所の住所又は病院名・施設名等を下記に記載してください。					
家族等の立会いについて	認定調査時に同席する方はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 続柄（ ） その他（ ）					
その他、認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることがありましたら、その内容をご記入ください。						
申請理由 ※新規・区分変更申請の場合に記入	<input type="checkbox"/> 身体状態の悪化 <input type="checkbox"/> 認知症状の進行 <input type="checkbox"/> サービス利用希望 <input type="checkbox"/> 医師等の勧め <input type="checkbox"/> 退院後の生活のため <input type="checkbox"/> その他（ ）					
希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

※市役所記入欄

総合事業説明	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無
暫定利用説明	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無
そ の 他	