

介護保険認定に係る訪問調査にあたって

下市町健康福祉課 介護保険係

調査の前には必ず電話連絡いたしますが、介護認定を迅速・正確にするため必要な事項です。申請書に添えてご提出ください。

調査対象被保険者氏名		自宅電話番号		申請区分
現住所		地区名		
生年月日		年齢		

1. 電話連絡はどなたにすればよろしいですか。

①ご本人へ	自宅電話	—	—
②同居の家族 () へ	連絡先電話	—	—
③別居の家族 () へ	携帯電話	—	—
④その他 () へ			
連絡希望曜日	①いつでも ②土日 ③指定曜日 月・火・水・木・金		
連絡希望時間	①いつでも ②午前中 ③午後 ④夕方 ⑤夜間 (: ~ :)		

2. 訪問調査の希望日について

希望曜日	①いつでも ②指定曜日 月・火・水・木・金
希望時間	①いつでも ②午前中 ③午後
訪問先	①自宅 ②入院・入所中 ③その他 ()

※入院中の方の調査については、病院等の都合等によりご希望の添えない場合があります。

※訪問調査の日時指定はできません。また、土曜、日曜の調査の希望はご遠慮下さい。

3. 訪問調査では、申請された方の日ごろのご様子をよく知っておられる方に立ち会いをお願いしています。立ち会っていただける方のお名前をご記入下さい。

①家族 () 続柄 ()
②友人 ()
③その他 ()

4. かかり付けの医療機関には、最近いつかかられましたか。

① () 日前 ② () 週間前 ③ () ヶ月前 ④通院予定()

5. あらかじめ調査員に伝えておきたいことがありましたらご記入下さい。

(例) 耳がきこえにくい。

※該当される場合ご記入ください。(過去6か月以内の様子)

入院・入所の場合	名称	期間									
		年	月	日	～	年	月	日			

記入日 令和 年 月 日

記入者氏名 _____