

申請書別表(事前質問票)

新規 更新 区分変更

認定調査を適切にスムーズに行うため、次の事項(両面)をお聞かせください(該当するものに☑してください)。

◆訪問場所、日程調整の連絡先等

※裏面もご記入ください

調査対象者氏名	ふりがな			被保険者番号			
	氏名						
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	年齢	満
申請理由							
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()						
申請者	続柄()			日中の連絡先 (携帯等)	()		
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 → 対面 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> リモートのみ※1) <input type="checkbox"/> その他()						
調査場所住所							
施設又は病院名称	(階)			退院(転院) 予定日			
認定調査先電話番号	()						
認定調査への立会い	<input type="checkbox"/> 希望する		立会予定者		続柄 ()		
	<input type="checkbox"/> 希望しない		()		()		
	※ 事務処理欄(記載必要なし)		<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	立会い者へ連絡	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済
日程調査先電話番号 (日中繋がる電話番号 ・携帯番号など)	① ()	② ()					
	<input type="checkbox"/> 立会予定者と同じ		<input type="checkbox"/> 立会予定者以外(続柄: ()		
調査員の駐車場所の有無	<input type="checkbox"/> 有 / 場所: 自宅・その他() <input type="checkbox"/> 無						
訪問調査の日程等	(訪問調査時間帯:平日9:30~12:00・13:30~16:00 都合の悪い日時、曜日がある場合のみ記載ください。)						
(調査場所が変更となる 可能性がある場合は その住所等)※2	TEL ()						

※1 調査は原則対面で行いますが、病院等の状況により対面での実施が難しい場合は、こちらをチェックしてください。

※2 変更先となる可能性がある住所等はすべて記入してください。書ききれない場合は別紙等に記入し提出してください。

◆現在の身体状況・状態

主な疾病名	がんの場合、本人への告知の有無 (有・無)	主治医への 最終受診日	
		主治医への 次回受診予定日	
主治医の変更有無	<input type="checkbox"/> 有 主治医() 病院名() <input type="checkbox"/> 無		
本人に知られたくない 話題(話したくないこ とや本人が知らない 病状等)	(有の場合は内容を(差し支えなければ具体的に)記載してください。)		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
本人とは別室でお話 を聞く必要性があり ますか?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

◆現在、特に日常生活で介護が必要なこと（該当するものに☑してください。複数回答可）

<input type="checkbox"/> 歩行・移乗	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 着替え・整容
<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 家事（買い物・調理・洗濯・掃除等）		
<input type="checkbox"/> 認知症状があり（大声を出す・被害妄想・意思疎通できない・対応困難）			
<input type="checkbox"/> その他（ ）			

◆利用している、したい介護サービス（該当するものに☑してください。複数回答可）

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア(通所リハビリ)	<input type="checkbox"/> ショートステイ
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<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（ ）			<input type="checkbox"/> 未定
※ サービス利用の意向 <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 特に急いでいない			

◆障害者手帳について

障害者手帳はお持ちですか	<input type="checkbox"/> 有（身障・精神・療育 級） <input type="checkbox"/> 無 有の方でサービス利用の有無（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
--------------	--

◆その他

気になる点や配慮が必要なことや 伝えておきたい事などあれば記載 ください	
--	--

◆ケアマネジャーを決めている方、または介護サービスを利用されている方は記入ください。

指定居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー	電話番号
		（ ）

*この事前質問票は認定調査事業所及び認定調査員に提示します。