

記入例

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	みよし たろう		被保険者番号	
	氏名	三芳 太郎		111110000	
	生年月日	大正	昭利	10年1月10日	年齢
申請理由	現在使っているサービスを利用したい為。				
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
申請者	三芳 花子	続柄(妻)	日中の連絡先(携帯等)	090 (1234) 5678	
訪問調査場所	<input checked="" 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	三芳町藤久保1100-1				
施設又は病院名称	()				
認定調査先電話番号	090 (111) 0000				
認定調査への立会い	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	立会予定者 (三芳 花子)		続柄 (妻)	
	<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)	① 090 (1111) 0000 ② 049 (258) 0000				
調査員の駐車場所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 場所: (自宅) ・ その他 ()				
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。) 毎週水曜日				
(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 ()				

該当するところに☑をしてください。入院中(施設入所中)の場合は病院名(施設名)・病室・住所・電話番号等記入

調査時の立会いの有無どちらかに☑有の場合:立会者の氏名等、電話番号は日中連絡のつく番号を記入ください。

※1 調査は原則対面で実施しますが、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

最終受診日または予定日を記入ください。しばらく受診されていないときは意見書の作成ができませんので、近日中に受診ください。

主な疾病名	変形性膝関節症 認知症 がんの場合、本人への告知の有無 (有・無)	最終受診日	R5.4.28
		主治医への次回受診予定日	R5.5.31
主治医の変更有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 主治医(埼玉 一郎) 病院名(さいたま病院) <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)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無		

主治医変更の有無 どちらかに☑有の場合は主治医フルネーム、病院名を記入ください。

◆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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 家事（ <input checked="" type="checkbox"/> 買い物・調理・洗濯・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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
〇〇居宅介護支援事業所	三芳 二郎	080(123)1111

*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。