



訪問調査連絡票

新規 新規(要支援からの区分変更) 区分変更 更新( 月未まで)

(裏面)

介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	フリガナ	ザマ タロウ	(男)・女
											氏名	座間 太郎	〇〇歳
申請者	氏名 (担当者名)		座間 花子							電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
										続柄(事業者名)	長女		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していないが、今後のため申請したい <input checked="" type="checkbox"/> 病院(医師・看護師・相談員)に勧められたため <input type="checkbox"/> その他( )												
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護度の見直しをしたい(⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 介護度を上げたい <input type="checkbox"/> 介護度を下げたい) 見直し理由( 身体・認知機能低下により、退院後、1人で生活することが不安なため。 )												
家族状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他( )												
体の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> つたい歩き <input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす移動 <input type="checkbox"/> 目が見えづらい <input checked="" type="checkbox"/> 耳が聞こえづらい <input checked="" type="checkbox"/> 生活(食事・入浴・排泄・着替え・買い物・調理)に手助けが必要												
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 理解・判断力低下 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 自分勝手 <input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚												
主な疾病	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他( )												
利用(希望) サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護リハビリ <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他( )												
サービス 利用時期	<input type="checkbox"/> 利用中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定結果が出てから利用したい <input checked="" type="checkbox"/> 退院後利用したい <input type="checkbox"/> 必要時利用したい <input type="checkbox"/> 早急に利用したい(⇒地域包括支援センター・ケアマネジャーに相談 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)												

訪問調査について

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅		駐車場所	
	<input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅( 宅 )		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設(名称 〇〇〇〇〇〇病院 ) (病棟・号室〇〇〇棟〇〇階〇〇号室) 所在地( 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ) 電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 入院・入所日(令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)			
	入院 中 の 方	入院理由	転倒をして骨折したため。	
手術予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)		
退院予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)		
転院予定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日) 転院先( 〇〇〇〇 病院 ) (病棟・号室〇〇〇棟〇〇階〇〇号室)		
日程 調整先	フリガナ	ザマ ハナコ	電話番号	090 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	氏名 (担当者名)	座間 花子	続柄 (事業者名)	長女
立会者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記日程調整先の方 <input checked="" type="checkbox"/> その他家族(続柄 長男 ) <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他( )			
調査日	<input checked="" type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 土日が良い <input type="checkbox"/> 都合の悪い日( )			
調査員に 伝えたい こと等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 調査後、立会者に別室や電話での聞き取りをしてほしい <input type="checkbox"/> 筆談で調査をしたい <input type="checkbox"/> 夫婦同日調査をしたい <input type="checkbox"/> 調査日が決まったら、申請者にも伝えてほしい その他			

調査員 担当(窓口・郵送) 市( ) 外部( )