

# 介護認定調査聞き取り票(城陽市)

申請書と一緒に提出をお願いします

|                                                                                                           |  |                                                                                                                                                    |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------|---|------|--|--|--|-----|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                           |  |                                                                                                                                                    |   |                                      |   |      |  |  |  | 申請者 |  | 本人 ・ 家族等 ・ 代行事業者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号                                                                                                    |  | 0                                                                                                                                                  | 0 | 0                                    | 0 |      |  |  |  |     |  | 被保険者氏名           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問先                                                                                                       |  | 自宅                                                                                                                                                 |   | 住民票と同じ                               |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  | 自宅以外                                                                                                                                               |   | 住所                                   |   |      |  |  |  |     |  | 電話番号             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  | 病院・施設                                                                                                                                              |   | 病院施設名                                |   | 棟 号室 |  |  |  |     |  | 電話番号             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (※更新、区分変更の場合)                                                                                             |  | 担当ケアマネ事業所様や施設様にて訪問調査を受諾可能の場合は、下記に✓をお願いします。<br>【訪問調査の受諾可能】 <input type="checkbox"/> ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> の場合、調整連絡先にはご担当者名をご記入ください。 |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 調査日の調整連絡先                                                                                                 |  | フリガナ氏名                                                                                                                                             |   | 本人との続柄( )                            |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  | 電話番号                                                                                                                                               |   | ※できるだけ平日8:30～17:00に連絡可能な方の番号をお願いします。 |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 都合の悪い日時、曜日                                                                                                |  |                                                                                                                                                    |   | ・デイサービス、通院等<br>( )                   |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家族等の同席の有無                                                                                                 |  | ・家族が同席 ・本人のみの聞き取りでよい ・その他( )                                                                                                                       |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |  | ※家族以外が連絡先・同席者の場合のご家族の了承 ( 済 ・ 未 )<br>理由 : 独居 ・ 遠方 ・ その他( )                                                                                         |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問調査に関して必要なこと・事前に認定調査員に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。                                                          |  |                                                                                                                                                    |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・現在入院または通院している病気など(差し支えなければご記入をお願いします)<br><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名など: ) |  |                                                                                                                                                    |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・現在入院中の場合、退院の見込み<br><input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 予定( 年 月 日ごろ)                     |  |                                                                                                                                                    |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 新規申請の方については、申請理由のご記入をお願いします。<br>・申請の理由<br>( )                                                             |  |                                                                                                                                                    |   |                                      |   |      |  |  |  |     |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※更新申請や市外での調査の場合、本市と契約した介護サービス事業所及び他市町村に委託することがあります。

|     |            |                 |
|-----|------------|-----------------|
| 处理欄 | 新・新(切)・更・変 | 支1・2・介1・2・3・4・5 |
|-----|------------|-----------------|