

守谷市要介護認定申請等補助調査票

フリガナ
来庁者名 _____ 続柄(子・配偶者・ _____)

被保険者番号	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	耳の聞こえにくさ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
被保険者氏名			認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
調査時の同席者	<input type="checkbox"/> 来庁者	同席者の連絡先 (携帯電話も可)	① _____ ② _____
	<input type="checkbox"/> 来庁者以外 ※以下も記入 氏名： 続柄(子・配偶者・ _____)		
調査先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 _____ (_____ 号室)		
訪問調査希望日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 午前・午後とも可		
ご本人の普段の様子や介護状況をよくわかっている方	<input type="checkbox"/> 同席者 <input type="checkbox"/> 同席者以外 氏名 _____ 連絡先 _____ 続柄または事業所名等 _____ ※後日、認定調査の内容について問い合わせをする場合がございます。		
現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 医療型ショートステイ <input type="checkbox"/> グループホーム入所 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム入所 <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> その他施設等入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> げんき館 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
主治医への受診状況	<input type="checkbox"/> 直近の受診状況 _____月 _____日頃 受診 <input type="checkbox"/> 次回の受診予定 _____月 _____日頃 受診予定 <input type="checkbox"/> 入所施設で定期的(月1回以上)に受診 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定： <input type="checkbox"/> _____月 _____日頃 <input type="checkbox"/> 未定)		

※介護認定調査にあたって、この情報を認定調査に従事する調査員に提示することを同意します。

年 月 日 本人氏名 _____

市役所記入欄

調査日時	月 日 () :	車番	
調査員	(自宅・その他)	第三者行為	有・無
申請区分	新規・区変・更新(～平成・令和 年 月 日)	意見書	済・未・保留
認定状況	平成・令和 年 月 日認定 介・支 ()	暫定	有 ()・無
事前連絡	不要・要 → 同席者・本人・その他 () TEL :		
交通手段	公用車・公共交通機関・その他 ()	駐車料金	要・不要