

補助調査票記入例

被保険者（介護保険を受ける方）の名前を記入します。

認定調査時に同席される方について記入します。

認定調査を行う場所・希望日時を記入します。

被保険者（介護保険を受ける方）の1日の過ごし方が分かる方を記入します。

被保険者（介護保険を受ける方）の直近の受診日と、次に受診する予定日を記入します。

守谷市要介護認定申請等補助調査票

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"/> 介護療養型医療施設入所 <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 _____

調査日時	月 日 () : _____	車番	_____
調査員	(自宅・その他) _____	第三者氏名	_____
申請区分	新規・区変・更新 (~平成・令和 ____年 ____月 ____日)	意見書	_____
認定状況	平成・令和 ____年 ____月 ____日認定 介・支()	暫定	_____
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	_____

窓口でお手続きされる方の名前を記入します。

大きな声で話してほしい場合は「有」にチェックします。

被保険者（介護保険を受ける方）に、物忘れや勘違いが多くなってきたなどがあれば、「有」にチェックします。

被保険者（介護保険を受ける方）が現在受けているサービスをチェックします。

被保険者（介護保険を受ける方）の名前と記入日を記入します。

※申請のきっかけが「交通事故」等の場合は、お手続きの際にお伝えください。