

# 訪問調査実施に関する事前確認票

(申請書と併せて提出してください)

要介護・要支援の認定及び更新認定のため、認定調査員が被保険者本人のご自宅等に訪問し、**直接本人**に心身の状態や日中の生活、家族・居住環境等を調査します。訪問調査に際して、被保険者本人・ご家族等から聞き取りをするため、事前に下記項目にご記入の上、申請書と併せて提出してください。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者番号 \_\_\_\_\_

## 1. 訪問調査を行う場所（被保険者本人が日頃生活する場所の□にレ点をつけ必要事項を記入。）

<input type="checkbox"/> 被保険者証の住所（自宅）	
<input type="checkbox"/> 入所・入居施設「施設名： _____ 」	
<input type="checkbox"/> 病院（医療）「病院名： _____ 病棟・病室 _____ 」	
退院予定はわかっていますか？（ はい → _____ 月 _____ 日 ・ いいえ ）	
<input type="checkbox"/> その他 _____	
<input checked="" type="checkbox"/> 駐車場の有無 <input type="checkbox"/> 有（場所： _____ ） <input type="checkbox"/> 無	

## 2. 訪問調査に立ち会う方を記入（□にレ点をつけてください。）

<input type="checkbox"/> 下記3の連絡先の方	<input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> 立ち会わない
※被保険者本人の状態等を詳しく調査しますので、被保険者本人の状態等がわかる家族等の立ち会いを可能な限りお願いします。		

## 3. 訪問調査の日程調整等の連絡先（日程調整ができる方の□にレ点をつけて必要事項を記入。）

<input type="checkbox"/> 被保険者本人	<input type="checkbox"/> 被保険者の家族（氏名 _____ ・本人との続柄 _____ ）
<input type="checkbox"/> その他（氏名 _____ ・本人との関係 _____ ）	
【連絡先電話番号】※平日の日中に連絡が取れる番号を記入。 自宅・携帯・その他（ _____ ）【 _____ - _____ - _____ 】	

## 4. 訪問調査の都合の悪い日時（都合の悪い日時の□にレ点をつけてください。）

●日にち： <input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日
●時間： <input type="checkbox"/> 9:30～	<input type="checkbox"/> 11:00～	<input type="checkbox"/> 13:30～		
※土日・祝日の認定調査は行えないため、平日（13:30までに調査開始）に認定調査を行うことにご協力ください。				

## 5. 今回の要介護認定申請の理由等について

●気になっていること： _____
●今回の申請理由： _____
●利用したいサービスの概要
<input type="checkbox"/> 新規申請の場合 在宅で介護サービスを利用したい。 使いたいサービス： _____ 施設に入所（入居）したい。 使いたいサービス： _____
<input type="checkbox"/> 区分変更の場合 状態が（回復・悪化）したため、今後は _____ したい。
<input type="checkbox"/> 更新申請の場合 今後も介護サービスを利用したい。 今後も利用したいサービス： _____

## 6. 主治医への受診状況

●定期受診をしていますか。（ はい ・ いいえ ）
「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 前回受診日 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 次回受診日 _____ 月 _____ 日
「いいえ」の場合 申請書に記入した主治医に、介護保険の認定申請をした旨を伝えてください。市から書面で依頼しますが、定期受診がないと記入できない場合があるため事前に確認してください。
※受診の時期が申請日から期間が空くと認定結果が遅くなることがあります。ご承知おきください。
※定期受診をしていても、介護保険の認定申請に係る医療機関独自のアンケートの記入を求められる場合があります。

## 7. 認知症状の有無

●認知症状がありますか。（ はい ・ いいえ ・ わからない ）
「はい」の場合 調査時に配慮が必要なこと（本人が認知症と認めてないので聞き方に注意が必要 など） （ _____ ）

※裏面に続きます。

8. その他（訪問調査に関し、配慮してほしいこと・気になること等がありましたらご記入ください。）

9. 認定結果の送付先変更（申請書の被保険者住所と違う住所に送付を希望される場合のみご記入ください。）

送付先を変更することを希望しますか？

はい                      ・                      いいえ

⇒「はい」の場合は下記へ記載

変更理由： 入院 ・ 入所 したため

その他（ \_\_\_\_\_ ）

送付先住所	〒                      —		
郵便物受取人		被保険者との続柄	
受取人電話番号	—	—	

この送付先変更は、今回の認定結果通知に限りますが、本人もしくは申請者からの同意を得た変更です。

本人（申請者）署名 \_\_\_\_\_

**留意事項**

- ★認定申請の結果通知については、被保険者本人の原則住所地に郵送することとなりますので、住所地への発送が不都合である場合は、事前に窓口にてお問い合わせください。
- ★更新申請・区分変更申請の場合、本市と委託契約をした事業所の認定調査員が認定調査を行うことがあります。本市電話番号（052-444-3141）ではなく、契約事業所からの電話番号から掛かる可能性をご承知おきください。
- ★認定調査はあくまで、調査時点における「介護の手間（介護にかかる時間）」を図るためのものです。厚生労働省の示す「認定調査員テキスト 2009」にある定義に基づき調査し、それに定める介護にかかる時間が算定され、その認定調査結果と主治医意見書を基に介護認定審査会にて審査・判定されるため、被保険者本人が希望する要介護度・要支援度が必ずしも出るとは限らないことをご承知おきください。