

訪問調査先確認票(新規・更新・介護・変更)

受付日: /

受付者:

※この確認票をもとに、電話で訪問調査の日程等の調整を行いますので、記入漏れのないようお願いします

記入者氏名	駿河 花子 (本人との関係: 長女)																									
調査対象者	ふりがな ぬまづ たろう 氏名: 沼津 太郎 (男)・女 80 歳	現在の介護度(支援 1・2/介護 1・2・3・4・5) 認定有効期間: 年 月 日まで																								
被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9																									
希望調査先	住所: 沼津御幸町 16-1 電話番号: 055-931-**** ※病院・施設 → 名称 病棟 号室 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅(住民票登録地) → <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( )																									
※現在入院中の方は、別途「入院状況確認票」にも必要事項を記入してください。																										
調査員駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし: 近隣で駐車可能な場所を記入してください ( 隣のお宅の駐車場を借ります )																									
調査日を決める際の連絡先	ふりがな するが はなこ 連絡先氏名: 駿河 花子 (本人との関係: 長女 同居の有無: 同居・別居) ※必ず、8:30~17:00までに連絡のとれる電話番号を記入してください。 第1希望: 090-9****-**** (携帯・自宅・勤務先) 第2希望: 9**-**** スルガ商事 (携帯・自宅・勤務先) 電話をする際の留意事項: つながらない場合、留守電に入れてくれれば、折り返します。																									
調査の立会人	<input checked="" type="checkbox"/> あり: 氏名: 沼津 花美 (本人との関係: 妻 同居の有無: 同居・別居) <input type="checkbox"/> なし ※新規および区分変更の場合は、できる限りどなたかの立会いをお願いします。																									
訪問調査日	※調査は、月~金曜日の9:00~15:00(休日を除く)に行います。 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td>×</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td>×</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td>×</td> </tr> </table> 備考: 午後は妻が外出することが多いので できれば午前中の調査を希望します ご本人・立会人の 都合の悪い曜日があれば× を記入してください。			月	火	水	木	金	土	日	午前		×				×	×	午後		×				×	×
	月	火	水	木	金	土	日																			
午前		×				×	×																			
午後		×				×	×																			
申請理由 (本人の心身の状態や生活状況、介護保険を必要とする理由を具体的に記入ください)	(家族構成、現病・既往歴、認知面、食事や排泄・更衣・家事等の生活状況、介護保険を必要とする理由など) 記入例: 妻と二人暮らし。〇月〇日に自宅内で転倒し、腰椎圧迫骨折の診断でA病院に入院。〇月〇日に退院して自宅療養中。自宅内は杖を使って何とか歩くことができるが、長距離の歩行は難しく、外出時は市外に住む長女の車による送迎や車椅子使用の状況。食事やトイレは自立しているが、自宅での入浴は難しく、ディサービスでの入浴を希望している。入院後は物忘れも目立つようになっている。																									
調査時の留意点	事前に調査員へ伝えておきたいこと、特別な配慮の必要などがありましたらご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の前で話しにくいことがある <input type="checkbox"/> 病名・病状を告知していない <input type="checkbox"/> その他: 認知症の質問については、本人のいないところで聞きとりしてください。																									
利用中のサービス (新規申請以外)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ディサービス(ディケア): 月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> ヘルパー(週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ( 月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護: 月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他( 自費でベッドレンタル )																									
担当(予定)ケアマネージャー	氏名: 静岡みゆき 事業所名: 〇〇地域包括支援センター (包括・居宅) 電話番号: 9**-**** ※調査時立会いの有無: あり・なし																									

訪問調査先確認票(新規・更新・**介護**・変更)

受付日: /

受付者:

※この確認票をもとに、電話で訪問調査の日程等の調整を行いますので、記入漏れのないようお願いします

記入者氏名	静岡みゆき (本人との関係: ケアマネージャー)																												
調査対象者	ふりがな <b>ぬまづ たろう</b> 氏名: <b>沼津 太郎</b>	( <b>男</b> ・女 80 歳) 現在の介護度(支援 <b>1</b> ・2/介護 1・2・3・4・5) 認定有効期間: 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで																											
被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9																												
希望調査先	住所: <b>沼津御幸町 16-1</b> 電話番号: <b>055-931-****</b> ※病院・施設 → 名称 _____ 病棟 _____ 号室 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (住民票登録地) → <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )																												
※現在入院中の方は、別途「入院状況確認票」にも必要事項を記入してください。																													
調査員駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし: 近隣で駐車可能な場所を記入してください ( <b>隣のお宅の駐車場を借ります</b> )																												
調査日を決める際の連絡先	ふりがな <b>するが はなこ</b> 連絡先氏名: <b>駿河 花子</b> (本人との関係: <b>長女</b> 同居の有無: 同居・別居) ※必ず、8:30~17:00までに連絡のとれる電話番号を記入してください。 第1希望: <b>090-9****-****</b> ( <b>携帯</b> ・自宅・勤務先) 第2希望: <b>9*-****</b> <b>スルガ商事</b> (携帯・自宅・ <b>勤務先</b> ) 電話をする際の留意事項: <b>耳が遠いため、電話の呼び出しを長めにしてください。</b>																												
調査の立会人	<input checked="" type="checkbox"/> あり: 氏名 <b>沼津 花美</b> (本人との関係: <b>妻</b> 同居の有無: <b>同居</b> ・別居) <input type="checkbox"/> なし ※新規および区分変更の場合は、できる限りどなたかの立会いをお願いします。																												
訪問調査日	※調査は、月~金曜日の9:00~15:00(休日を除く)に行います。 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> <td>備考: 午後は妻が外出することが多いので できれば午前中の調査を希望します</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table> ご本人・立会人の都合の悪い曜日があればXを記入してください。			月	火	水	木	金	土	日	備考: 午後は妻が外出することが多いので できれば午前中の調査を希望します	午前		X				X	X		午後		X				X	X	
	月	火	水	木	金	土	日	備考: 午後は妻が外出することが多いので できれば午前中の調査を希望します																					
午前		X				X	X																						
午後		X				X	X																						
申請理由 (本人の心身の状態や生活状況、介護保険を必要とする理由を具体的に記入ください)	(家族構成、現病・既往歴、認知面、食事や排泄・更衣・家事等の生活状況、介護保険を必要とする理由など) <b>記入例: 妻と二人暮らし。歩行不安定ながらADLは概ね自立した生活が送れていたところ、〇月中旬インフルエンザ患後より体調を大きく崩し、寝たきりとなっている。自力での立ち上がりも困難なことから、妻がベッド上オムツ交換や清拭等、献身的に介護を行っているが、高齢のため介護負担が大きい。市外に住む娘の協力も週末に可能な程度。ヘルパーや訪問看護の導入等サービス拡大の必要性あり、区分変更の申請を行う。</b>																												
調査時の留意点	事前に調査員へ伝えておきたいこと、特別な配慮の必要などがありましたらご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の前で話しにくいことがある <input type="checkbox"/> 病名・病状を告知していない <input type="checkbox"/> その他:																												
利用中のサービス (新規申請以外)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス (デイケア): 月・ <b>火</b> ・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> ヘルパー (週 _____ 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ ( _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護: 月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・購入 ( <b>手すり</b> ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>自費でベッドレンタル</b> )																												
担当(予定) ケアマネージャー	氏名: <b>静岡みゆき</b> 事業所名: <b>〇〇地域包括支援センター</b> ( <b>包括</b> ・居宅) 電話番号: <b>9*-****</b> ※調査時立会いの有無: <b>あり</b> ・なし																												

