

認定調査確認票

認定調査を円滑に進めるため、ご記入をお願いします。

被保険者氏名			
立会者	調査同席	☐ あり ☐ なし	
	※調査同席ありの場合のみ記入		
	氏名	続柄()	
	TEL	※携帯電話など、日中に連絡のとれる番号をお願いします。 ※電話希望時間帯 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ いつでも可	
調査先	☐ 住所地 ☐ 住所地以外(息子宅などであれば、その住所) 住所: ●駐車場の有無 (☐ あり ☐ なし) ●室内におけるペット(☐ あり ☐ なし) ※調査の安定性のため、別室での実施にご協力ください。		
※□のある項目は、当てはまるもの1つにチェックをしてください。	☐ 病院 病院名: ()病棟 ()階 ()号室 ☐ 施設 施設名: 住所: TEL: ※ご記入の調査先に訪問いたしますが、変更になった場合はご連絡ください。		
調査日	☐ いつでも可 ※希望しない曜日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金		
主治医への受診状況	直近受診日 年 月 日 (おおまかな日にちでも可) 次回受診日 年 月 日 (おおまかな日にちでも可) ※申請から次回受診日まで期間があくと、認定結果が遅くなることがあり		
家族状況	☐ 独居 ☐ 同居(例:夫・妻・長男・長女等)		
現在利用しているサービス	なし・デイサービス・ヘルパー・住宅改修・福祉用具・施設入所		
今後利用を希望するサービス	デイサービス・ヘルパー・住宅改修・福祉用具・施設入所・今後検討する		
身体状況等	①入院について ☐ 無 ・ ☐ 有 (月 日入院 ～ 月 日退院・転院予定 / 未定) ②現在の状態の原因(通院している内容等) 骨折() ・ 脳梗塞 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 癌() その他() ③歩行状況 (杖なし歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行できない) ④介助が必要な日常動作 移動 ・ 入浴 ・ トイレ ・ 食事 ・ 着替え ・ その他() ⑤認知症状 (無 ・ 有 ・ わからない) ⑥その他 お困りごとなど		
※当てはまるものに○をつけてください。	※今後転院や退院の予定がある場合は見込み時期を含め必ず記載してください。		
	※当てはまるものに○をつけてください。		

上記内容は、訪問調査の際に参考にさせていただきますので可能な限り記入してください。
訪問調査以外の目的では使用しません。