

介護保険（要支援認定・要介護認定）訪問調査確認事項

窓口に申請に 来られた方 (郵送された方)	(住所)	(TEL)
	(氏名)	(続柄)

※ 調査員が訪問し、心身の状況等をお聴きするにあたり、事前に下記のことについてお伺いします。申請に来られた方、又は申請を代行する介護支援専門員（ケアマネジャー）等が記載をお願いします。

今回申請した理由（新規・区分変更の場合のみ）	心身の状態が悪化したため 利用したいサービスがあるため 主治医に勧められたため その他（ ）	現在の 居住場所	自宅 病院名（ ） 病室（ ） TEL： その他（ ）
訪問調査時の立会い希望等	調査時立会い 可 ・ 不可 ※できる限りご親族（ご本人の状況がわかる方）の同席をお願いします。 立会者の連絡先等（※ 上記の申請者と同じ場合は記入不要） 住 所： 氏 名：（続柄 ） ※日中、連絡可能な電話番号を記入してください。 電話番号：(携帯) (固定)		
現在利用中のサービス	訪問介護（利用日：月・火・水・木・金・土・日 利用時間： ） 事業所名：		
	訪問看護（利用日：月・火・水・木・金・土・日 利用時間： ） 事業所名：		
	通所介護（利用日：月・火・水・木・金・土・日） 事業所名：		
	通所リハビリ（利用日：月・火・水・木・金・土・日） 事業所名：		
	短期入所（利用日： 事業所名： ）		
	福祉用具（品 名： ）		
特記事項	現在の心身の状況について		今後利用を希望するサービス： 有 ・ 無
	認知症状について		調査時に配慮すること
	その他		

※ 市記入欄

受付担当者

TASK入力(日付)	iRabbit入力(日付)	意見書発送	保険証回収	資格者証交付	受付簿入力(日付)
		済・未・持参	済・未・調査	窓・調・郵	

● 訪問調査日程

令和 年 月 日 () 9：15 , 10：30 , 13：30 , その他 ()
 調査場所 自宅 ・ 病室 ・ その他 () 調査員 ()
 調査立会者 有 () ・ 無