

介護認定調査に係る聞き取り票（在宅用）

宇治市

申請書と一緒に提出をお願いします。

										申請者	家族等・代行業所	
被保険者番号	0	0	0								被保険者氏名	
住民票と異なる訪問先住所	（氏名 様宅 ） （本人との続柄 ） （電話番号 ）											
家族状況	独居 同居家族有り											
訪問日の調整連絡先	氏名	フリガナ									本人との続柄（ ） ）	
		調査同席	希望する 希望しない（本人のみの聞き取りでよい）									
	電話番号	8：30～17：00に連絡可能な電話番号を記入してください。										
	希望日	いつでもよい（土、日除く） 希望する日時・曜日がある（ ） 都合の悪い日時・曜日がある（ ）										
今回の申請は、交通事故など他者から受けた事象が原因ですか。 はい・いいえ 今回の申請に至った経過や介護サービスの希望等ご記入ください。												
代行業所の方 認定調査は、実施不可。 認定調査は、居宅介護支援事業所で実施可能。（ご担当者： ）												

現在受けている <u>1ヵ月間</u> の在宅サービスを記入。（介護予防に該当する場合は 印をして下さい）				
（介護予防）訪問介護（ホームヘルプ）	回	曜日	（介護予防）福祉用具貸与（調査日時点）	品目
（介護予防）訪問入浴介護	回	曜日	特定（介護予防）福祉用具販入（過去6ヶ月）	品目
（介護予防）訪問看護	回	曜日	住宅改修	有・無
（介護予防）訪問リハビリテーション	回	曜日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
（介護予防）居宅療養管理指導	回	曜日	夜間対応型訪問介護	月 日
（介護予防）通所介護（デイサービス）	回	曜日	認知症対応型通所介護	月 日
（介護予防）通所リハビリ（デイケア）	回	曜日	小規模多機能型居宅介護	月 日
（介護予防）特養等でのショートステイ	1ヶ月	日	看護小規模多機能型居宅介護	月 日
（介護予防）老健等でのショートステイ	1ヶ月	日	介護保険給付外の在宅サービス	
（介護予防）特定施設入居者生活介護 （有料老人ホーム等）	1ヶ月	日		
認知症対応型共同生活介護 （グループホーム等）	1ヶ月	日		