様式4

介護認定調査に係る聞き取り票（施設用）

宇治市

申請書と一緒に提出お願いします。

申請者	□ 家族等 ・ □ 代行事業所

被保険者番号	0 0 0	被保険者氏名	

訪問先				
	入所(院)先（該当に○）	特養・老健・介護療養型・グループホーム・ケアハウス・病院 その他(　　)		
	施設名	（　　病棟　　号室）	電話番号	
	※宇治市以外の施設の場合は所在地を記載して下さい。			

希望番号に○印をしてください					
1	家族の同席を希望する	連絡先	氏名	本人との続柄(　　)	
			電話番号	※8：30～17：00に連絡可能な方の番号をお願いします	
2	家族は同席しないが事前に連絡希望	連絡先	氏名	本人との続柄(　　)	
			電話番号	※8：30～17：00に連絡可能な方の番号をお願いします	
3	家族は同席しない。(本人と施設職員からの聞き取りでよい)				

※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

※医療機関に入院中の場合は、下記の項目の記入をお願いします。

入院日　　年　　月　　日

退院予定　　有　（　　月　　日頃　）　/　無　/　未定

手術予定　　有　（　　月　　日頃　　の手術　）　/　無　/　未定

サービス利用予定　　有（在宅サービス ・ 住宅改修 ・ 福祉用具購入 または レンタル ・ その他 ）　/　未定

入院に至った経過・現在の状況など　（　　）

※その他、調査に関して必要なことがありましたら、記入をお願いします。

※提出代行で、施設に入所中の場合は、下記の項目の記入をお願いします。

□　認定調査は、実施不可。

□　認定調査は、施設もしくは併設の居宅介護支援事業所で実施可能。（ご担当者：　　）