

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 ・ 代行事業所	
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		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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。										
代行事業所の方 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 ヶ月間</u> の在宅サービスを記入。				
訪問介護 (ホームヘルプ) 訪問型サービス (介護予防 ・ 日常生活支援総合事業)	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) 福祉用具販売 (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	夜間対応型訪問介護	1 ヶ月 日
(介護予防) 居宅療養管理指導	回	曜日	(介護予防) 認知症対応型通所介護	1 ヶ月 日
通所介護 (デイサービス) 通所型サービス (介護予防 ・ 日常生活支援総合事業)	回	曜日	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	1 ヶ月 日
(介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)	回	曜日	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム等)	1 ヶ月 日
(介護予防) 短期入所生活介護 (ショートステイ)	1 ヶ月	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	1 ヶ月 日
(介護予防) 短期入所療養介護 (療養ショート)	1 ヶ月	日	地域密着型介護老人福祉施設	1 ヶ月 日
(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	定期巡回 ・ 随時対応型訪問介護看護	1 ヶ月 回
看護小規模多機能型居宅介護	1 ヶ月	日	介護保険給付外の在宅サービス []	