

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
--------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

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: _____)