

介護認定調査に係る聞き取り票（施設用）

様式2-2

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

〇 〇 〇

被保険者
氏 名

訪 問 先

入所(院)先
(該当に〇)

特養・老健・介護医療院・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。

希望番号に〇印をつけてください

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のケアマネジャーが実施可能。

(ご担当者：)