

# 訪 問 調 査 確 認 票

被保険者氏名:

要介護等認定申請をされると、町の職員が心身の状態や生活の様子を確認するために訪問調査へ伺います。訪問調査を行うにあたって、事前に下記についてお伺いいたします。  
該当する箇所の□に「レ」をつけ、具体的な状況を記入してください。

## 1 訪問調査にお伺いする場所・日時等

☐ 自宅で調査を行う。次の欄にも記入してください。

|            |                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 表 札 の 有 無  | <input type="checkbox"/> あり ・ 表札の名前が違う場合⇒( ) ・ <input type="checkbox"/> なし |
| インターフォンの有無 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ⇒ 訪問方法( )        |
| 駐車場所の有無    | <input type="checkbox"/> あり ( 自宅の駐車場 ・ ) ・ <input type="checkbox"/> なし     |

都合が悪い曜日・時間がある場合のみ「×」を記入してください。

※訪問調査は、30 分～1 時間程度で、お体や普段の様子を伺います。

|             |   |   |   |   |   |                              |
|-------------|---|---|---|---|---|------------------------------|
| 調査日時調整      | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | その他、都合が悪い日・希望日等があれば記入してください。 |
| 9 時 30 分頃から |   |   |   |   |   |                              |
| 11 時 頃から    |   |   |   |   |   |                              |
| 14 時 頃から    |   |   |   |   |   |                              |

☐ 施設・病院等で調査を行う。次の欄にも記入してください。

|             |                                                                       |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 施 設 ・ 病 院 名 | ( 棟 階 号室 )                                                            |
| 施設・病院の電話番号  |                                                                       |
| 入院の原因(病名)   |                                                                       |
| 手 術 の 有 無   | <input type="checkbox"/> あり(手術日: 年 月 日) ・ <input type="checkbox"/> なし |
| 退 院 予 定 日   | 年 月 日(頃) ※原則、申請日から2ヶ月以内。                                              |

※入院中の方で治療中や病状が不安定な場合(入院直後・手術直後など)は適切な調査が行えないことがありますので主治医と相談をされてから申請してください。

## 2 調査時の家族等(ケアを含む)の同席(調査の公正性を期すため、介護者の同席をお願いします)

※施設・病院等で調査を行う場合は、家族の同席は不要です。

☐同席する(同席者も記入してください。) ☐同席しない  
同席者: ☐申請者 ☐その他 (氏名: 本人との関係 )

## 3 連絡先等

( ・確認票の記載事項について、確認させて頂く場合もあります。  
・病院・施設に入所中の方で同席される場合は、日程決定後、連絡させて頂きます。 )

☐申請者 ☐本人 ☐その他(下の欄にも記入してください)

|      |                                                                                         |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏 名  | (本人との関係 )                                                                               |
| 電話番号 | ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先) |

連絡が取りやすい時間(平日の 8:30～17:30) ☐午前 ☐午後 ☐いつでもよい

※連絡ができる日時が限られている方は、上欄の時間で希望時間を記入してください。( )

裏面へ

#### 4 現在の心身の状態を記入してください。

(更新申請で前回申請時から変化がない場合は空欄でも結構です)

〔 例:○月○日手術。膝の痛みがあり外出時は杖を使用。  
麻痺があり手が上がらないので着替えの介助が必要。 〕

#### 5 利用したい介護サービス又は利用している介護サービスを記入してください。

|                                            |                                        |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 福祉用具(歩行補助つえ・車いす等) | <input type="checkbox"/> 住宅改修(手すりの設置等) |
| <input type="checkbox"/> 訪問(居宅)介護(ヘルパー等)   | <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)  |
| <input type="checkbox"/> 施設入所              |                                        |
| <input type="checkbox"/> その他〔              | 〕                                      |

#### 6 訪問調査の際に配慮することがありましたら記入してください。

|                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい。( <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ) |
| <input type="checkbox"/> 本人が病名を知らないので言葉に気をつけてほしい。                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい。                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 認知症等、本人の前では伝えづらいことがあるので、調査後に時間をとってほしい。                                                           |
| <input type="checkbox"/> その他〔                                                                                             |

#### 7 主治医受診状況

|       |   |   |      |
|-------|---|---|------|
| 最終受診日 | 年 | 月 | 日(頃) |
| 次回受診日 | 年 | 月 | 日(頃) |

※長い間、受診されていない場合、医師が意見書を記入できず、認定結果が出るまでに時間がかかる場合があります。

#### 8 その他お気付きのことがありましたら記入してください。

問い合わせ先:酒々井町 健康福祉課 介護保険班

電話番号 043-496-1171(代表) 内線 131・132・139