**介護保険認定調査確認事項　　　　　　　　　　　記入日　　　年　　　月　　　日**　　　**【鉾田市】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被保険者氏名** |  | **被保険者番号** |  |
| **家　族　構　成** | **□一人暮らし　　　□夫婦二人　　　□家族同居（同居者　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **訪問調査場所** | **□本人自宅（住民票の住所）　□医療機関及び病棟名・施設名　（　　　　　　　　　　　 　　）****□その他（住所地まで記載を願います。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方）** |
| **立ち会いの有無** | **□あり→立会人　氏名（　　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　　　　　　）**＊医療機関・施設調査で立会希望の場合は立会できるか確認している場合のみとなります。**□なし**＊普段の被保険者の生活の様子を把握し介護に携わっている方の協力をお願いします。 |
| **調査日程連絡の****電話番号** | **□携帯電話　　　　　（　　　　）　　　　　　□職　　場　　　　　　（　　　　）****□自　　宅　　　　　（　　　　）**＊医療機関・施設調査で立会なしの場合には、原則、日程の連絡はいたしておりませんので、ご了承ください。 |
| **調査日程** | **都合が悪い日・曜日・時間帯等あれば記入ください。**（**認定調査は平日の午前９時から午後３時までです**）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）曜日　　　　　　　（　　　　：　　　　～　　　　：　　　） |
| **介護保険を申請する　理　由** | **記入例【脳梗塞で入院し歩けず車いすを使用中。排泄の介護が必要となった。物忘れが悪化し心配になった　等】****（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）** |
| **本人の心身の状況** | □自力で移動することができない　□対処が必要な物忘れがある　□会話できないほど耳が遠い傷病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　） |
| **過去１年の介護量** | **介護することが　　□変わらない□減っている　□増えている（**内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **希望（現行）の****介護サービス等** | **希望のサービス　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****＊現在利用中のサービス　　　　　　　　　　　（　　　　曜日　　　：　　　～　　　：　　　）****＊担当ケアマネジャー氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **本人の性格等、調査上注意することあればご記入ください　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**認定申請書と一緒に提出ください。□にチェックを入れ必要事項を記入願います。調査員が確認し調査日程調整の電話を入れます。**