

■記入例

認定調査確認票

\*該当するものにチェックしてください。①

多摩市介護保険課

新規 更新 区分変更（現在要支援） 区分変更（現在要介護）

1. 認定調査対象者 (被保険者氏名)	②																										
2. 記入者	③ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ( 西部・東部・多摩センター・中部・北部・愛宕・その他 )																										
3. 利用したいサービス (利用中のサービスを含む)	④ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> (看護) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )																										
4. 家族状況	④ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ( 夫・妻・子・きょうだい・その他 ( ) )																										
5. 調査場所	⑤ <input type="checkbox"/> 自宅 ※自宅の場合はチェックのみ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※病院・施設・その他の場合は以下を記入 ・名称 ( _____ 階 _____ 病棟 ) ・住所 ( _____ ) ・電話番号 ( _____ ) ・入院または入所日 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 ) ・退院または退院予定日 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日・未定)																										
6. 調査同席有無 ※こちらに記載されている 連絡先に日程調整の連絡を します	⑥ <input type="checkbox"/> なし ・日程調整先 ( 本人・病院・施設 ) ・連絡先 ① _____ - _____ ② _____ - _____		⑥ <input type="checkbox"/> あり (本人との関係) ・氏名: _____ ・連絡先 ① _____ - _____ ② _____ - _____																								
7. 調査希望日 ※土・日・祝日は調査不可 となります。 ※調査時間は約1時間程度	⑦ *訪問にあたり、本人・同席者の都合が悪い曜日があれば“×”をつけてください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							月	火	水	木	金	備考	午前							午後						
	月	火	水	木	金	備考																					
午前																											
午後																											
8. 身体状況	⑧ ・介護に至った病名または症状 ( _____ ) ・本人に告知していない病名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )																										
9. 調査時留意事項	⑧ <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要 <input type="checkbox"/> 認定結果が決定する前にサービスを利用予定 ※新規・区分変更の方のみチェック																										
10. 区分変更申請理由 ※区分変更の方のみ	⑨ <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> その他																										
11. 申請に至った経緯 ※現在の心身の状態、病状 (入院中の場合は入院理由 を含む) 及び申請した目的 等をご記入ください	⑩ (区分変更の方は、項番10を選択した理由を簡潔にご記入ください)																										
12. その他、注意する点 や事前に伝えたい点等が あればご記入ください	⑪		ケアマネ・包括 担当者	市記入欄 受付者	<input type="checkbox"/> 郵送																						

① 申請区分について、該当するものにチェックしてください

② 認定調査対象者（被保険者氏名）

→ 調査を受ける方の氏名を記入してください

③ 記入者

→ 該当するものにチェックしてください

④ 「利用したいサービス」「家族状況」

→ 該当するものにチェックしてください

⑤ 調査場所

→ 調査をする場所（訪問先）にチェックしてください  
病院・施設・その他の場合は、名称以下も記入願います

⑥ 調査同席有無

→ 調査に同席する方の有無等を記入してください

・「なし」の場合

⇒ 日程調整の連絡をする方と連絡先を記入してください

・「あり」の場合

⇒ 同席される方について記入してください

日程調整は同席の方と行わせていただきます

⑦ 調査希望日

→ 本人や同席者の都合の悪い曜日があれば×をつけてください

⑧ 身体状況

→ わかる範囲で記入してください

⑨ 区分変更申請理由

→ 該当するものにチェックした後、その理由を「11. 申請に至った経緯」にを記入してください

⑩ 申請に至った経緯

→ 申請区分に関わらず、経緯を記入してください

例：病院の相談より申請の話があった、デイサービスを利用したい 等

⑪ その他、注意する点等

→ 調査員に伝えたいことがあれば、こちらに記入してください