



# 認定調査確認票

※該当するものにチェックしてください

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)

認定調査対象者 (被保険者氏名)	多摩 花子																									
区分変更申請理由 ※区分変更の方のみ	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> その他(理由: )		記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (西・東・多・中・北・愛・他) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他( )																						
利用したいサービス(利用中のサービスも含む)	<input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー <input checked="" 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 checked="" 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( )																									
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)																									
調査場所	<input checked="" 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 ⇒ 名称( ) 階( ) 病棟( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ・住所( ) ・電話( - - ) ・入院または入所日 ( 年 月 日 ) ・退院または退所予定日( 年 月 日 ・未定)																									
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	<input type="checkbox"/> なし 日程調整先: ( 本人・病院・施設 ) 連絡先: ① - - ② - -		<input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名: <u>多摩 太郎</u> (本人との関係) 夫 連絡先: ① 000 - 000 - 0000 ② - -																							
調査希望日 ※原則、土・日・祝日は調査不可	本人・同席者の都合の悪い曜日に×をつけて下さい <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	×																									
身体状況	・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 ( )																									
調査時留意事項	<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利用予定(新規・区分変更の方のみチェック)																									
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																										
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			ケアマネ・包括 担当者	市記入欄 受付者																						
					<input type="checkbox"/> 郵送																					

この確認票を記入した方

調査を受ける方の氏名です。

調査を受ける場所にチェックしてください。  
病院・施設の場合は、具体的に必要事項を記入してください。

調査に同席する方の有無を記入してください。  
◆「なし」の場合は、本人のみの調査となります。  
どなたと日程を調整したらいいかを記入してください。  
→ 本人、病院、施設、ケアマネ……等  
◆「あり」の場合は、本人または、同席される方と日程調整をさせていただきます。

本人・同席者の都合の悪い曜日に×をつけて下さい。

わかる範囲で記入してください。

申請に至った経緯を記入してください。  
例えば……病院の相談員より申請の話があった  
引き続きデイサービスを利用したいため 等

調査員に伝えたいことがあれば、  
記入してください。  
例えば……「介護保険の調査」と言わないでほしい  
大きな声で話してほしい 等