**介護保険要介護等認定申請事前調査票**

　　令和　　　年　　月　　日

本人氏名（　　　　　　　　　　）

**①本人様の状況をお尋ねします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **家族構成** | □独居　□家族同居 |
| **困っていいること**  （〇又は自由に記載してください） | 1. 視力（低下・全く見えない） 2. 聴力（低下・筆談が必要） 3. 動作（起き上がり・立ち上がり・屈むのが辛い・ふらつく・転倒しやすい   めまい・麻痺・筋力低下・ふるえ・骨折）   1. その他動作（排泄・食事・入浴・着脱・洗面・徘徊） 2. 家事（調理・掃除・洗濯・買い物） 3. 意思（物忘れ・理解力低下・判断力低下・意欲低下・被害的発言・暴言   繰り返しの言動・閉じこもり・無気力）  ⑦ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **利用中の**  **居宅**  **サービス** |  |

**②調査場所等をお尋ねします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **調査希望場所** | □自宅 | | 自宅に調査員の車は駐車できるか（　可　・　不可　） | | | | | |
| □病院  □介護施設  □通所先 | | 名称 |  | | | 病棟等（　　　　　） | |
| 住所 |  | | | | |
| 担当者名 |  | | | | |
| **調査**  **立会人** | □なし　□あり⇒氏名（　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　　　　）  **※調査ではご本人だけでなく家族や介護者の方々へ、日頃の生活や介護の状況についてお聞きします。できるだけ本人の日頃の様子をよくご存知の方の立会をお願いします。** | | | | | | | |
| **連絡先** | □本人　□立会人　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 電話番号（　　　　　　　　　　　　）※日中連絡のとれる番号をお願いします。 | | | | | | | |
| **調査希望**  **時間等** | 希望する箇所に〇を付けてください。（土日祝祭日は実施しません） | | | | | | | |
|  | 月 | | 火 | 水 | 木 | | 金 |
| ９：３０ |  | |  |  |  | |  |
| １３：３０ |  | |  |  |  | |  |

※町記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査日 | （　　　） | 調査時間 | ： |  | 意見書 | 新規 | 在宅 |
| 継続 | 施設 |