介護認定　訪問調査希望票

必ず申請書と一緒に提出してください

被保険者番号		調査場所を〇で囲んでください。 自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他（　　）
被保険者氏名		自宅以外（住所と異なる場所）で調査する場合は、施設・病院名など具体的な場所を記入してください。
立会人氏名 （続柄）	（　　）	階　　棟　　室
立会人の連絡先 （自宅・携帯電話等）		調査場所の電話番号（　　）　　－

訪問調査は、平日（月～金）に実施します。希望日を第３希望までご記入のうえ、希望する開始時間を〇(複数可)で囲んでください。(調査員の状況によりご希望に沿えない場合があります。)

第１希望	月　日（　）	9:00 ・ 10:30 ・ 13:30 ・ 15:00
第２希望	月　日（　）	9:00 ・ 10:30 ・ 13:30 ・ 15:00
第３希望	月　日（　）	9:00 ・ 10:30 ・ 13:30 ・ 15:00

確認事項(あてはまるものを〇で囲む、または、記載をしてください。)

申請理由	介護サービス利用希望 ・ 入所希望 ・ 病院や地域包括支援センターからすすめられた
現在の状況①	在宅 ・ 入所中 ・ 入院中：　月　日 ～（　）病院
(入院中の方のみ)現在の状況②	急性期：はい ・ いいえ / 退院予定日：　月　日 ・ 未定
(入院中の方のみ)退院後の予定	転院：（　）病院 ・ 施設 ・ 在宅
病名	ガン（部位：　本人への告知：有 ・ 無 ）・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 認知症 ・ 骨折（部位：　） ・ その他（　） ・ 特になし
介護保険の申請について本人に話してありますか	ある ・ ない ・ 理解できない
訪問調査について	「介護認定の調査」と伝えて良い ・ 「健康調査」と伝えた方が良い
聞き取り場所	本人同席可 ・ 別室聞き取り
自宅の駐車場について①　「普通車が停められるか」	可 ・ 不可
自宅の駐車場について②	自宅敷地内 ・ 自宅周辺の所有地(借地)（場所：　） ・ コインパーキング ・ その他（　）
ペット	犬 ・ 猫 ・ その他（　） ・ いない
その他（耳が遠い、病名は伏せる など）	
(新規申請の方のみ)地域包括支援センターへ相談しましたか	相談した ・ 相談していない

【ここからは市役所で記入します】

訪問調査日時	年　月　日（　）　：　～

※急病等により状態が安定しない、立会いの方がいない場合は後日改めて調査となりますので、必ず事前に下記まで連絡してくださいますようお願いします。

≪連絡先≫ iプラザ（磐田市総合健康福祉会館）3階
磐田市高齢者支援課　0538－37－4769

～ 訪問調査についてのお願い ～

1　訪問調査は、市または指定市町村事務受託法人の調査員が伺いますのでご了承ください。また、調査員（携帯電話）より連絡させていただく場合がありますのでご容赦ください。

2　調査対象者が急病等によって一時的に心身の状態が変化している場合は調査が行えません。訪問調査日が決まっている場合は、日程を変更（中止または延期）し、状態が安定した後に再度、訪問調査日を設定し調査を行います。また、入院や退院等で調査場所を変更する場合、変更から１週間以上後の調査となります。訪問調査日の変更については、高齢者支援課（0538-37-4769）にご連絡ください。

3　大雨や地震などの自然災害で調査員の到着時間が遅れる、または中止となる場合があります。その他、調査場所周辺に危険がおよぶと考えられる際は高齢者支援課（0538-37-4769）までご相談、ご連絡ください。

4　訪問調査は、予約時間と多少前後することがありますがご了承ください。

5　訪問調査時は、日頃の状況が分かっている方の立会いをお願いします。

6　訪問調査場所は本人の居室等、日頃の状況を把握できる場所でお願いします。

7　訪問調査日から過去 1 週間～1 か月の生活の様子や身体状況を調査します。

★国で決められた 74 項目について調査します。調査時間は約 1 時間です。

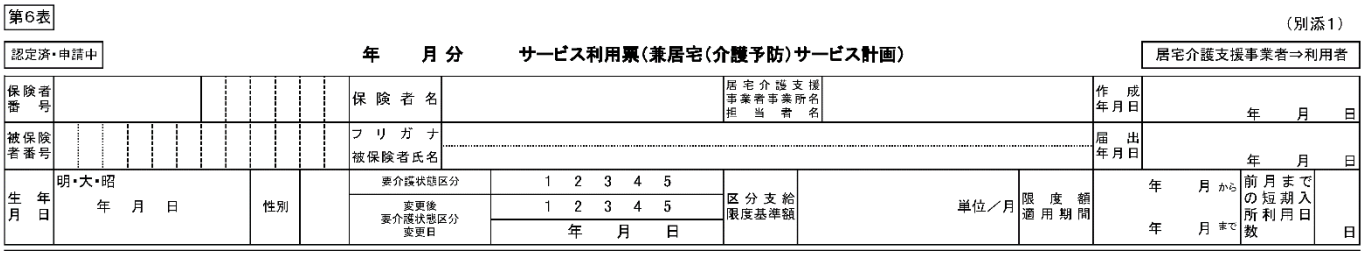
★痛みなどで試行動作が困難な場合は聞き取り調査しますので調査員へお伝えください。

★本人の前で伝えづらいことがありましたら、別室で聞き取りを行う等配慮しますので、調査員へお伝えください。

★生活面では生活の介助（食事、排泄、更衣など）の様子や、認知機能（短期記憶、問題行動など）についてお聞きします。

★身体面では寝返りや起き上がりなど、実際に本人に試行していただく項目があります。

8　在宅で介護サービスを利用されている方は、当月分の『サービス利用票』を確認しますのでご用意ください。　　↓サービス利用票↓



第6表　（別添1）

認定済・申請中	年　月分　サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）			居宅介護支援事業者⇒利用者
保険者番号	保険者名	居宅介護支援事業者事業所名・担当者名	作成年月日	年　月　日
被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名		届出年月日	年　月　日
生年月日 明・大・昭　年　月　日	性別	要介護状態区分 1 2 3 4 5 変更後要介護状態区分 1 2 3 4 5 変更日 年　月　日	区分支給限度基準額 / 単位／月	限度額適用期間 年　月から　年　月まで / 前月までの短期入所利用日数　日

9　ペットを飼っているお宅は、別の部屋やゲージに入れるなどのご対応をお願いします。

10 訪問調査時は、感染症等の予防のため、「調査前の手洗い」、「マスクの着用」、「調査前、調査中の換気」へのご協力をお願いします。

担当：磐田市高齢者支援課介護保険グループ
ＴＥＬ 0538-37-4769