

申請書を提出される方へ(更新申請・区分変更申請用)

訪問調査の参考としますので、必要事項にチェックまたは、記入してください。

1 調査場所について

- 自宅での調査を希望する方 ※ご家族が調査の立会いをしてください。
- ア 同居家族 あり 主な介護者 夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他()
なし 近隣に家族が住んでいる 遠方に家族が住んでいる
- イ 調査立会 あり →「2 調査の立会いについて」も記入してください。
なし
- 病院での調査を希望する方 ※ご家族の立会いは強制ではありません。(希望者のみ)
 医療機関に入院中の方は、原則として状態が安定し、退院の見通しがついてから調査を行います。
- ア 調査場所 棟 階
- イ 調査立会 あり →「2 調査の立会いについて」も記入してください。
なし
- ウ 入院の原因となった病名等 _____
- エ 退院予定日 決まっている(月 日頃・近々) 未定
- オ 退院後の予定(希望含む) 自宅へ戻る 施設入所 転院() 未定
- カ 今回の申請についての主治医の許可 あり なし
- 施設等での調査を希望する方 ※ご家族の立会いは強制ではありません。(希望者のみ)
- ア 調査場所 施設等名称 住所 〒 電話
- イ 調査立会 あり →「2 調査の立会いについて」も記入してください。
なし

2 調査の立会いについて

- ア 立会う方の氏名 _____ (フリガナ) 続柄
- イ 日中連絡のつく電話番号 自宅・携帯・その他()
 連絡がしやすい時間帯 午前・午後 時頃～午前・午後 時頃
- ウ 都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。
特になし あり →
- | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 月 | 曜 | 火 | 曜 | 水 | 曜 | 木 | 曜 | 金 | 曜 |
| 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 | 午前 | 午後 |
- ※ 土日、祝祭日等は、訪問調査はできません。

3 サービス利用状況

- | 現在利用しているサービス | | 今後希望するサービス | |
|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回) | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (品目) | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月 回) | <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 (品目) | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回) | <input type="checkbox"/> 住宅改修 (あり・なし) | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 住宅改修 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月 回) | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月 回) | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 |
| <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回) | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (月 回) | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 |
| <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 (月 日) | <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> その他() |

4 主治医意見書について

- ア かかりつけ医に受診したのはいつですか。 1月以内 3月以内 6月以内 その他()
- イ どのような症状で受診しましたか。 _____

その他、訪問調査に必要と思われる情報があればお書きください。