

『認定調査の事前アンケート』

令和 年 月 日

介護保険認定調査を円滑に進めるため、ご協力をお願いいたします。

調査を受ける方の氏名 _____

調査日の調整をさせていただく方の氏名 _____ 続柄() 電話 _____

1. 認定調査にお伺いする場所

※自宅内では寝室等で確認動作（寝返り・起き上がり等）を行います

- 自宅 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 有料老人ホーム 一般病院
 その他 ()

※施設・病院名等 [_____]

2. 現在、介護保険サービスを受けていますか。 ()はい ()いいえ

訪問介護 _____ 回/月・訪問リハ _____ 回/月・訪問看護 _____ 回/月・訪問入浴 _____ 回/月

通所介護 _____ 回/月・通所リハ _____ 回/月・短期生活介護 _____ 日/月・短期療養介護 _____ 日/月

福祉用具貸与 _____ 品目・福祉用具購入 _____ 品目・居宅療養管理指導 _____ 回/月

福祉用具貸与品目: _____

認知症対応型共同生活介護 _____ 日/月・特定施設入所者生活介護 _____ 日/月・住宅改修 有・無

3. 1ヶ月以内に主治医の診察を受けましたか。

()はい ()いいえ ⇒ 次回診察予定日 令和 年 月 日

4. 認定調査には、ご本人以外の方が同席することができます。

()同席を希望する ⇒ [氏名: _____] [続柄: _____]

()同席を希望しない

5. 調査日について

()特になし

()希望の曜日・時間 (月・火・水・木・金) (午前・午後)

6. 認定調査に関する事前確認事項

- ・診断されている病名 (_____)
- ・世帯のご確認 (独居・同居: _____ 人家族)
- ・簡単な受け答え (可・不可) _____ ・筆談の必要性 (有・無)
- ・認知症のような症状の有無 (有・無) ⇒ 有の場合の症状 (_____)
- ・歩行状態 (独歩・杖使用・歩行器使用・車いす使用・歩行不可・その他: _____)
- ・排泄の状況 (布パンツ・紙パンツ・紙オムツ・パット _____ 失禁 ⇒ 有・無)

※更新の場合のみ記入 前回認定調査時との状態変化 (無・有 ⇒ _____)

7. 調査員に事前に知らせておきたいこと等

()病名を本人に告げていない

()介護保険認定調査ということは伏せて欲しい

()認定結果を待たずに先行してサービスを利用する予定

()その他 _____

※裏面の同意書にもご記入をお願いします

- 1) 今後行われる「認定訪問調査」をスムーズかつ効果的に実施するため、必要がある時はこの「認定調査の事前アンケート」に記入されている内容について、町の職員や町から委託を受けた居宅介護支援事業者等の調査員に提示させてもらってよろしいでしょうか。

はい ・ いいえ

- 2) 要介護等認定の結果、ケアマネージャーによって作成された居宅サービス計画について、町として適正かつ迅速な相談体制がとれるよう、「居宅サービス計画」の町への提出を依頼してよろしいでしょうか。

はい ・ いいえ

※更新申請の方のみに

- 3) 更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を越えてなお要する期間及びその理由の通知（延期通知）を省略してもよろしいでしょうか。

はい ・ いいえ

申請者名 _____

代筆者氏名 _____