



新規申請者 訪問調査事前チェックシート

記入者： _____

調査対象者氏名	(被保険者番号 _____)
調査立会い者氏名	

① 今回の申請はどなたに勧められましたか。
【親族(家族) ・ ケアマネジャー ・ 病院 ・ その他 (_____)】

② 介護保険で利用したいサービスはありますか。
・ 訪問介護(身体介護・生活援助)・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・通所介護・通所リハビリ・短期入所・住宅改修・福祉用具・施設入所・その他 (_____)・未定
・いつからサービスを利用したいですか。
【・なるべく早く・しばらく様子を見て・退院後・その他 (_____)】

③ 主治医意見書を書いてもらう医師に申請すること及び理由となる症状を伝えましたか。
【有 (_____ 月 _____ 日) ・ 今後予定している (_____ 月 _____ 日) ・ 入院中】

④ 介護認定を申請するにあたり、原因となる病気と発症時期を教えてください。

脳血管疾患(脳梗塞等)・がん・骨折・関節痛・腰痛・歩行困難・立ち上がり困難・寝たきり筋力低下・気力低下 ・その他 (_____)

【介助の必要な項目】：起居動作・食事・更衣・排泄・入浴・移乗・移動

【家族の状況】：独居・日中独居・老老世帯・同居家族あり (_____)

⑤ 調査を受ける方の耳の聞こえはいかがですか。
【・普通・やや悪い・かなり悪い・筆談が必要・その他 (_____)】

⑥ 感染する病気(結核等の伝染病)や皮膚(白癬等)の病気はありますか。
【有 (_____) ・ 無】

⑦ 認知症はありますか。 【有 ・ 無】
【具体的な症状】・物忘れ・妄想・判断力低下・徘徊・睡眠障害・幻覚・暴言・易怒性

⑧ ご自宅に伺う際、駐車場はありますか? 【有 ・ 無】

⑨ 調査にあたり、ご本人に話してはいけないことや注意することなど調査員に予め伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。

送付先設定確認	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 現在の送付先変更なし <input type="checkbox"/> 再申請案内】
---------	----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------