

秘

## 変更申請 訪問調査事前チェックシート

調査対象者氏名	(被保険者番号 )
調査立会者氏名	(続柄 )
ケアマネージャー氏名	

## 1 今回の変更申請を希望されたのはどなたですか。【複数可】

本人  家族  ケアマネージャー  病院  その他( )

## 2 現在使っている介護サービスはありますか。

訪問介護(身体・生活) 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 施設入所 福祉用具 利用なし その他( )

## 3 今回の変更申請の理由は何ですか。

 身体状況の悪化

①原因となる病名は何ですか。悪化した具体的な症状を教えてください。

②いつ頃から状態が悪化しましたか。

③悪化したことで増えた介助について教えてください。  
(歩行・食事・更衣・排泄・洗身・起居動作・移乗)

 認知症の進行

①具体的な症状を教えてください。(・物忘れ・妄想・意欲・理解力の低下・暴力・徘徊)

②いつ頃から状態が悪化しましたか。

③悪化したことで増えた介助について教えてください。(例:何度も伝えるなどの対応が増えた)

 現在、足りていないサービスは何ですか。

訪問介護(身体・生活) 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 施設入所 福祉用具 その他( )

## 4 悪化してから主治医に受診しましたか。

【有( 月 日)・今後予定している( 月 日)・入院中】

## 5 変更申請することを主治医に伝えましたか。 【有・無】

## 6 その他

調査に当たり、ご本人に話してはいけないことや注意することはありますか。  
また、調査員にあらかじめ伝えておきたいことはありますか。

送付先設定の確認

 無 有【現在の送付先で変更無 再申請案内】