|  |  |
| --- | --- |
| **受付** |  |

**訪問調査事前確認票（事前に調査員等に渡す資料です。）（新規用）**

**被保険者番号　（　　　　　　　　　　　　）**

**本人氏名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **心身の状況** | □　身の回りのことはほとんどできる □　歩行が少し不安定  心身の状況および利用希望のサービスの　　項目のみに該当するかたは、基本チェックリストを実施して、基準に該当すれば、介護予防・生活支援サービス事業（訪問型・通所型サービス）の選択ができます。  □　見守りまたは介護が必要　　　　 □　寝たきり状態  □　物忘れがある　　　　　　　　　 □　その他(　　　 ) | | |
| **利用希望の**  **サービス** | □　訪問介護（ホームヘルプ）□　通所介護（デイサービス）  □　福祉用具貸与(多点杖、車いす、介護ベット　等)  □　福祉用具購入（腰掛便座、入浴用いす　等）  □　住宅改修　　　　　　　　□　施設入所  □　訪問看護・訪問リハビリ　□　その他（　　　　　） | | |
|  | | | |
| **調査の立会について** | **□** 本人のみ  **□** 立会者あり  **□**　施設・病院に 任せる | **立会者氏名** | **≪本人の場合は不要≫**  本人との関係（　　　　 　　　 ）  ※立会者がケアマネジャーの場合は、事業所名を記入 |
| **日程調整の**  **連絡について**  **※平日、日中に連絡が取れる番号をお願いします。** | **□** 本人  **□** 同席者  **□** その他 | **氏名** | **≪本人の場合は不要≫**  本人との関係（　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| **連絡先**  **（自宅・携帯・**  **勤務先　等）** | 1. （　　　　　）　　　― 2. （　　　　　）　　　― |
| **連絡希望時間** | いつでも良い　・　午 前　・　午 後 |
| **訪問調査先について** | **□**　本人自宅  **□**　施設  **□**　病院  **□**　その他 | **訪問先名** | **≪本人宅の場合は不要≫** |
| **住　　所** | TEL: |
| **入院（所）日** | 年　　　月　　　日 　 ・　　不　明  　　病 棟　　　　階　　　号 室 |
| **退院予定日** | 年　　　月　　　日　　・　　未　定  **※退院後の予定が決まっている方**  **□** 自宅　**□** 転院（病院名　　　　　　）  **□** 施設（施設名：　　　　　　　　　 　　） |
| **その他** | 調査員用駐車場：□ある　□ない  家の表札：□ある　□ない | | |
| **訪問調査の**  **都合について** | 1. **調査の日程について（原則、平日の月曜日から金曜日に行います。）**   　　　・いつでもよい　　　・都合の悪い日（　　　　　　　　　　　　　　）   1. **訪問時間帯について**   ・いつでもよい　　　・午前がよい　　　　　・午後がよい   1. **その他、調査員に事前に伝えたいことがあればご記入ください。** | | |