

# 東大和市認定調査アンケート

受付印

このアンケートは、認定調査の前に、ご本人の状況をお伺いするものです。

おさしつかえのない範囲でお書きください。

ふりがな			
被保険者名	被保険者番号 (左側 0 は省略)		
申請区分	新規・更新・変更	申請書提出者	本人・家族・地域包括支援センター(担当者名) 居宅介護支援事業所・その他( )
居宅サービス計画作成事業所名( )		担当ケアマネジャー( )	

認定調査員の方へ このアンケート用紙は市へ返却してください

サービス利用状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用中(サービス利用の曜日)</li> <li>・利用希望あり</li> <li>・検討中</li> <li>・利用希望なし</li> </ul>
該当するものに ○をしてください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護</li> <li>・訪問入浴</li> <li>・訪問看護</li> <li>・通所介護</li> <li>・通所リハビリテーション</li> <li>・短期入所サービス</li> <li>・福祉用具の貸与、購入</li> <li>・住宅改修</li> <li>・施設(特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設)</li> </ul>
調査に伺う場所は どちらですか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅(住所 Tel ( )</li> <li>・病院・施設(名称 病棟 病室)</li> <li>(住所 Tel ( ))</li> <li>入院、入所日( )・退院、退所・転院予定( )</li> <li>・その他(住所 ( ))</li> </ul>
ご家族の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ひとり暮らし</li> <li>・夫婦のみ</li> <li>・親族と同居</li> <li>・その他( )</li> </ul>
調査時の同席 できるかぎり ご親族の同席を お願いします	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同席あり(以下もご記入ください)</li> <li>・同席なし</li> </ul> <p>お名前( ) ご本人との関係( )</p> <p>ご住所( )</p> <p>ご自宅Tel( ) 携帯Tel( )</p> <p>日中の連絡先(勤務先 Tel ( ))</p> <p>連絡のとれる時間帯</p>
現在のお身体の状態 をお伺いします	<p>① 現在の状態になられたのは、いつごろ何がきっかけでしたか (病気、けがなど、原因をお答えください)</p> <p>( )</p> <p>② ご本人の状態であてはまるものに○をしてください</p> <p>( ) 外出時に介助が必要</p> <p>( ) 屋内で介助が必要(介助の必要なものに○)</p> <p>歩行・食事・排泄・入浴・その他( )</p> <p>( ) 認知症の症状がある</p>
調査の際に配慮する ことがありますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・あり(難聴、病名告知、家族からの聞き取り等あればお書きください)</li> <li>( )</li> </ul>
(新規の方のみ) 申請することを誰かに すすめられましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) 本人・家族の希望</li> <li>( ) 緊急にサービスを使う必要がある</li> <li>( ) 病院・市役所( 課)・その他( )にすすめられて</li> </ul>

市役所記入欄	前回の認定:有効期間 年 月 日まで 要支援( )・要介護( )
	委託先 契 請 封