



○ 主治医意見書は現在どうなっていますか。

1. 主治医に提出済。	提出日	年	月	日
2. まだ主治医に提出していない。	提出予定日	年	月	日

○ 今おられる場所(調査場所)はどちらですか。調査は生活の基盤をおいている場所で行います。

1. 自宅	2. 病院 (	病院	病棟	号室)
3. 施設 (	)	4. その他 (	)	

○ 調査の立会いはどなたがされますか。(立会いがなくても調査を行うことは可能です。)

<input type="checkbox"/> 立会いなし	<input type="checkbox"/> 家族 (	)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー (	)
<input type="checkbox"/> 包括支援センター (	)	<input type="checkbox"/> その他 (	)	

○ 申請翌日から概ね3週間の平日で、希望の調査日時を第2希望まで記入してください。調査開始時刻は9:30、13:30からお選びください。ただし、必ずしもご希望に添えない場合がありますのでその日程以外にも都合のよい日、曜日、時間等がありましたら、備考欄に記入してください。

・いつでも可							
・第1希望	年	月	日	曜日	時	分から	
・第2希望	年	月	日	曜日	時	分から	
備考 (	)						

○ ご自宅での調査の場合、敷地内等に駐車スペースはありますか。

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (場所	)
----------------------------	--------------------------------	---

○ 日程調整をする場合の連絡先を教えてください

・連絡をとる方の氏名	(氏名	続柄	)
・連絡希望時間帯	(	)	
・連絡先(自宅・携帯)	(自宅	携帯	)

○ 調査時、ご本人さんがおられないところで介護をされている方のお話を伺うことを希望されますか？

<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望する (理由	)
--------------------------------	-----------------------------------	---

○ 利用されているサービスに○をして、利用曜日を記入してください。ただし、「用具購入」はこの半年以内に購入された福祉用具名を記入してください。

<input type="checkbox"/> ホームヘルパー (	)	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (	)
<input type="checkbox"/> デイサービス (	)	<input type="checkbox"/> デイケア (	)
<input type="checkbox"/> 用具購入 (	)	<input type="checkbox"/> 用具貸与 (	)
<input type="checkbox"/> 短期入所 (利用期間	)	<input type="checkbox"/> グループホーム利用中	
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (通い→	、訪問→	、泊り→	)
<input type="checkbox"/> 住宅改修 (過去に利用したことがある場合)	<input type="checkbox"/> その他 (	)	
<input type="checkbox"/> 病院入院中	<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 利用なし	

○ 担当しているケアマネジャー等について教えてください。

居宅介護支援事業所 \_\_\_\_\_ 担当ケアマネジャー等 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

市 使用欄

本人確認用	受付者:
①	マイナ・免許・身障・更新・他( )
②	介護・負割証・健証・ホ・他( )

代理権・代理人確認用		受付者:
代理権確認	委任状・法定代理人証明・介護・負割証・健証・更新・マイナ・身障・ホ・他( )	
	①	マイナ・免許・身障・CM証等・他( )
代理人確認	②	介護・負割証・健証・ホ・他( )

意見書	
交付状況	いつ( )誰が( )
提出した人	本人・家族( )・CM、包括