

○ 主治医意見書は現在どうなっていますか。

主治医に提出済 / 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。)

☐立会いなし ☐家族() ☐ケアマネ / 包括 ☐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。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。

・第1希望 月 日() 時 分～ ・第2希望 月 日() 時 分～

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。

☐ 無 ☐ 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)・連絡先()

・連絡希望時間帯 ()

○ 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？

☐希望しない ☐希望する (理由)

○ 現在受けている1ヵ月間の在宅サービスを記入してください。()内は事業所名を記入してください。

ホームヘルプ()	回	曜日	通所リハビリ(デイケア)()	回	曜日
訪問入浴介護()	回	曜日	短期入所()	1ヶ月	日
訪問看護()	回	曜日	福祉用具 (種類:)	品目	
訪問リハビリ()	回	曜日	住宅改修	有 ・ 無	
居宅療養管理指導	回	曜日	介護保険給付外の在宅サービス()		
デイサービス()	回	曜日	その他()		
(看護)小規模多機能型居宅介護(通い→ 訪問→ 泊り→)					
特になし					

○ 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	介証・負割証・健証・資格・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・介証・負割証・健証・資格・更新・	マイナ・身障・ホ・他()
	マイナ・身障・ホ・他()	
代理人 確認	①	マイナ・免許・身障・CM 証等・他()
	②	介証・負割証・健証・資格・ホ・他()