

状況確認書

年 月 日

○ 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

1. 自宅 2. 病院(病院 病棟) 3. 施設() 4. その他()

立会いがなくても、電話等で家族に
状況を確認する場合があります

○ 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

○ 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。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 日() 時 分 ~ ・第2希望 日() 時 分 ~ 日() 時 分

備考欄記入例

- ・水曜日以外可
- ・○日以外なら終日可
- ・毎日午後なら可 など

都合により、9:30 と 13:30 以外の時間を希望
される場合は、記入の上、相談してください

○ 調査に必要と思われる調査用紙はありますか。

☐ 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 _____電話番号 _____

本人 確認用	受付者:
①	マイナ・免許・身障・更新・他()
②	介護・負担証・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・介護・負担証・健証・資格・更新・ 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 介護・負担証・健証・資格・ホ・他()

(令和7年6月作成)

_____市 使用欄 _____