

質 問 票

認定調査員が訪問する際の参考にさせていただきますので、各設問の該当箇所にし点、また、必要事項へのご記入にご協力をお願いします。

1.ご本人のお体の状況について

- (1) 現在治療中の病気等の有無
なし あり(病名: _____)
- (2) 最近病院を受診した日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
- (3) 次の受診予定日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

2.介護サービスの利用状況について(施設入所者は除く)

(1) 訪問・通所系サービス※各欄に、訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリ等の種別をご記入ください。

曜日	日	月	火	水	木	金	土
内容							

- (2) その他サービス
福祉用具購入・貸与(福祉用具名: _____)
- 住宅改修(改修箇所: _____)
- その他(サービス種別: _____)

3.居住状況・家族構成について

- 居宅 (在宅 入院中)
 子や孫と同居(_____ 人家族) → 日中独居(あり なし)
 夫婦のみ ひとり暮らし
- 介護保険施設
 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設
 有料老人ホーム等(サービス付き高齢者向け住宅を含む)

4.調査について ※認定調査には原則ご家族の立ち合いをお願いしています。

- (1) 調査に立ち会ってくださる方
 立会人氏名 { _____ } 続柄 { _____ }
- (2) 調査希望曜日 ※都合の良い全ての曜日にし点をお願いします。
 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜
- (3) 調査希望時間帯 ※都合の良い全ての時間帯にし点をお願いします。
 午前(9:00~11:30) 午後(13:00~16:00)
- (4) 調査時に配慮が必要なことの有無
 なし あり(具体的に: _____)

5.その他 ※介護が必要になった原因が交通事故の場合にご記入ください。

- (1) 事故発生日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
- (2) 示談の有無 なし あり(示談日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

結城市確認欄 前回個人番号確認済み

- 介護保険被保険者証
- 医療保険被保険者証
- 本人個人番号確認 結城市で確認
- 委任状
- 代理人身元確認
 居宅介護支援専門員証 免許証 その他(_____)

番号 _____