

# 訪問調査確認票

※保険者処理欄

|                    |  |      |     |                   |  |                 |  |         |  |         |  |
|--------------------|--|------|-----|-------------------|--|-----------------|--|---------|--|---------|--|
| 受付者名               |  | 納付確認 |     | 問診票渡し             |  | 保険証預り           |  | 資格者証渡し  |  | 2号医療保険証 |  |
| マイナンバー記載<br>なし・あり→ |  | 本人   |     | 本人のマイナンバー<br>番号確認 |  | 持ってきた人の<br>本人確認 |  | 免許証・その他 |  |         |  |
|                    |  | 代理人  | 委任状 |                   |  |                 |  |         |  |         |  |

|                        |      |         |         |   |   |            |         |
|------------------------|------|---------|---------|---|---|------------|---------|
| 申請者                    | フリガナ |         |         |   |   | 本人との<br>関係 | (同居・別居) |
|                        | 氏名   |         |         |   |   |            |         |
|                        | 電話   | —       | —       | — | — |            |         |
| 訪問調査<br>日を決める際の<br>連絡先 | フリガナ |         |         |   |   | 本人との<br>関係 | (同居・別居) |
|                        | 氏名   |         |         |   |   |            |         |
|                        | 電話   | ① — — — | ② — — — |   |   |            |         |

## 1. 訪問調査時の立会い (□に✓を入れてください)

あり 家族:氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係 \_\_\_\_\_ (同居/別居))  
 その他: ( 地域包括支援センター職員・ケアマネ・施設職員・医療機関職員 )

なし

## 2. 訪問調査場所 (ご本人が現在いらっしゃる場所の□に✓を入れてください)

本人の自宅 [ 駐車場 あり なし ( 駐車場所 \_\_\_\_\_ ) ]

病院・施設 [ 名称 \_\_\_\_\_ 病室 \_\_\_\_\_ ]

その他 [ 住所 \_\_\_\_\_ ( 駐車場所 \_\_\_\_\_ ) ]

## 3. 希望調査日 \* 訪問調査は月~金曜日(休日・夜間除く)の午前10時、もしくは午後14時開始のどちらか選べます

① 月 日 10時・14時      ② 月 日 10時・14時       特に希望なし

状態が落ち着いた頃に調整したい(入院中などの場合)      備考:

## 4. 現在利用中のサービス (□に✓を入れてください)

訪問介護(曜日: )       デイサービス(場所: 曜日: )

訪問リハ(曜日: )       デイケア(場所: 曜日: )

訪問看護(曜日: )       ショートステイ(場所: 曜日: )

訪問入浴(曜日: )       福祉用具貸与(品名: )

施設入所       住宅改修(有・無)

## 5. 受診状況

|                      |         |             |                   |
|----------------------|---------|-------------|-------------------|
| 新規申請・主治医変更の場合、主治医の了解 |         | 有・無         |                   |
| 前回<br>受診日            | H・R 年 / | 次回<br>受診予定日 | R 年 / 毎(月・週)____回 |

## 6. 申請理由(ご本人の現在の身体状況等を具体的に記入してください)

申請理由となった主な疾患や申請に至るまでの経緯

歩行・食事・排泄・着替え・認知機能等における介助状況

〈希望するサービス〉  
 ( デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・訪問入浴・ショートステイ・施設入所・福祉用具貸与・住宅改修 )

|         |       |             |    |     |
|---------|-------|-------------|----|-----|
| ※保険者処理欄 | 日程    | 時間          | 記車 | 調査員 |
|         | / ( ) | 10時・14時・( ) |    |     |