

認定調査事前質問書（新・更・区変）

介護保険被 保険者番号	0 0 0 0	要介護度 <small>※更新・区変のみ</small>	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
フリガナ 被保険者名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
住 所	富士見市	電話番号	()

主治医最終受診日又は受診予定日 _____ 年 月 日ごろ

訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院内 <input type="checkbox"/> その他（子の自宅等）	※自宅以外場合のみ記入してください。 名 称 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____	市外の訪問先で、一時的な居留と認められない場合は、調査を行えないことがあります（住所地特例を除く）ので、あらかじめご相談ください。
------------	---	--	---

※調査に当たって特に都合の悪い時間帯や曜日を記入下さい。
（調査はおおむね平日9時30分～14時30分の間となります）

立会い	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	・日中連絡の取れる電話番号 自宅・会社・携帯・その他
・立会人氏名 _____ ・本人との続柄 _____		

ご本人の現状についてご記入下さい。（普段の生活のご様子、既往歴や現在の病気、家族環境など）

認知症の疑い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	難聴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

訪問時注意すべき事があればご記入下さい

訪問調査時、介護保険認定のための調査と本人に伝えてよいですか？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 伝えずに調査して欲しい
訪問調査時、本人に病状をうかがってもよいですか？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 聞かないで欲しい

調査員確認記入欄	<input type="checkbox"/> 記載事項（被保険者番号、調査実施日等） <input type="checkbox"/> 調査書類（枚数） _____ 枚 <input type="checkbox"/> 提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（報告者） _____
-----------------	---