**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  ※更新・区変のみ | 要支援１　２　要介護１　２　３　４　５ | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | 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** |  | | | | | | | | ※自宅以外場合のみ記入してください。  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。  名　　称  住　　所  電話番号 | | | | | | | | | | |
| 自宅  施設・病院内  その他（子の自宅等） | | | | | | | | |
| **※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** | する　　　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 | | | | あり 　　なし | | | | | | | | | | | | 難聴 | | あり　 　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？ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | よい  　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？ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | よい  　聞かないで欲しい |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調査員確認記入欄　□記載事項（被保険者番号、調査実施日等）  □調査書類（枚数）　　　　　枚  □提出日　　令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　（報告者） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |