

# 介護保険要介護認定申請アンケート

このアンケートについては、ご本人の状況をお伺いするものです。  
おさしつかえのない範囲でご記入下さい。

○申請書、介護保険被保険者証と共にご提出ください。

フリガナ  
被保険者名

1. ご自宅等に伺ってご本人の心身の状況を調査いたします、訪問先はどちらですか。

- ①自宅 (住 所 電話 )
- ②病院・施設 (名 称 病 棟 病 室 )  
入院入所日 ( 月 日 ) 退院、転院予定日 ( 月 日 )
- ③その他 (住 所 電 話 )

2. 訪問調査の日程調整等のご連絡先はどちらですか。

- ①氏名 ( )
- ②続柄・関係 ( )
- ③連絡先 (ご自宅電話 携帯電話 )
- ④日中の連絡先 (勤務先 電話 )

3. 調査時の同席について。※出来る限り親族の同席をお願いします。

- ①同席あり (同席者氏名 続柄・関係 )
- ②同席なし

4. 結果通知に際して通知書の送付先は自宅(本人宛)でよろしいですか。

- ①は い
- ②いいえ → 別紙 送付先変更届を提出して下さい

5. お医者さんにかかっていますか。

①は い 通院している・往診を受けている・入院している

最近診察を受けた日（ 年 月 日）

②いいえ

6. 利用中、又は利用したいと思っている介護サービスに○をつけて ください。

訪問介護 訪問入浴 訪問看護 通所介護 訪問リハビリテーション  
短期入所サービス 福祉用具貸与・購入 住宅改修  
施設（介護福祉施設 介護保健施設 療養型医療施設 グループホーム）  
その他（ ）

7. その他、訪問調査に関して伝えておきたいことをご記入ください。

ご回答ありがとうございました。

調査員の方へ

この用紙は市へ返却して下さい。

市確認欄	申請日： 年 月 日
	申請区分： 新・更・区
	申請代行事業者及び申請者：