

必須事項 以下の欄は必ずご記入し、該当するものに☑（チェック）してください。

訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 被保険者宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> その他(住所、氏名等)
訪問調査の事前連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> その他 氏名 本人との関係 電話番号① () (自宅・携帯・他) ② () (自宅・携帯・他)
※「その他」にチェックした場合は連絡先、氏名等を必ず記入	※日中連絡の取れる電話番号（携帯電話等）を記入してください。 ※現在入院されている方については、病院側と相談されているか必ず確認してください。
訪問調査希望日	<input type="checkbox"/> 特に希望はない <input type="checkbox"/> 希望あり(月・火・水・木・金) その理由等()
調査時同席の有無	<input type="checkbox"/> 同席あり(同席者) <input type="checkbox"/> 同席なし
認定結果送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> その他 氏名 本人との関係 住所 〒 電話番号 ()

確認事項 以下の欄はわかる範囲でご記入し、該当するものに☑（チェック）してください。
 (代行申請を行うケアマネジャー・施設職員等の方は、できる限りご記入ください。)

理解力・判断力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低下している
訪問調査時の注意事項	記載例) 本人にがんを告知していません。認知症状等本人の前で話せないことがあります。 等
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他()
申請に至った理由	<input type="checkbox"/> 病院から勧められた <input type="checkbox"/> 家族や知人から勧められた
日常生活上で心配なことがらや病名など	日常生活で心配なことがら（見守りや介助が必要なこと） <input type="checkbox"/> 家の中で歩けない <input type="checkbox"/> 一人で立ち上がれない <input type="checkbox"/> 着がえに介助が必要 <input type="checkbox"/> 食事に介助が必要 <input type="checkbox"/> 排泄に介助が必要 <input type="checkbox"/> 入浴に介助が必要 <input type="checkbox"/> 買い物に介助が必要 <input type="checkbox"/> 調理に介助が必要 <input type="checkbox"/> 薬を飲み間違える <input type="checkbox"/> 閉じこもりがち <input type="checkbox"/> 物忘れしやすい <input type="checkbox"/> その他 病名
※区分変更申請時は、心身の状況変化や介護の手間の増減について具体的に記入	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 100px; width: 100%;"></div>

調査員の方へ・・・上記の情報は調査の際の参考とし、調査時の状況を優先してください。

介護補償給付等の受給の有無	戦傷病者特別援護法による「療養の給付」及び「更正医療」	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり
	原子爆弾被害者に対する援護に関する法律による「医療の給付」	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり
	公害補償法による「療養の給付」	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり
	労働者災害補償保険法による「療養補償給付」	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり
	その他これに類する給付（交通事故による傷害等）	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり