



**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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 氏名 <b>江別 みどり</b> 本人との関係 <b>長女</b> 電話番号① ( ) (自宅・携帯・他) ② ( ) (自宅・携帯・他)
訪問調査希望日	<input type="checkbox"/> 特に希望はない <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり (月) <b>火</b> ・水・木・金) その理由等( <b>長女の仕事の都合</b> )
調査時同席の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同席あり (同席者 <b>妻、長女</b> ) <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 checked="" type="checkbox"/> その他 氏名 <b>江別 みどり</b> 本人との関係 <b>長女</b> 住所 〒 <b>067-0074</b> <b>江別市高砂町6番地</b> 電話番号 <b>011 ( 381 ) 〇〇〇〇</b>

その他にチェックをつけた場合、郵送時の宛名について  
 原則は、(その他に記載の氏名)様方  
 (被保険者)様 となります。

**確認事項** 以下の欄はわかる範囲でご記入  
 (代行申請を行うケアマネジャー)

理解力・判断力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" 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 <b>認知症状があり、本人の前で話せないことがあるので、本人のいない場所での聞き取り希望</b>
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )
申請に至った理由	<input checked="" 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からや病名など	<b>日常生活で心配なことから (見守りや介助が必要なこと)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 家の中で歩けない <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 物忘れしやすい <input type="checkbox"/> その他    病名 <b>脊柱管狭窄症、糖尿病</b>
※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	<p>令和〇年〇月に足の手術をした。現在リハビリ中である。</p> <p>ここ最近、物忘れが多くなってきている。</p> <p>施設入所も検討している。</p>

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり