

訪問調査用事前アンケート (更新申請)

- 1 被保険者氏名 _____
- 2 行政区 () 地区 世帯主氏名 (電話 -)
- 3 訪問調査時の家族の同席は希望されますか？ 希望する ・ 希望しない
希望する場合 (同席者氏名 (続柄) 電話 -)
- 4 現在の状況
自宅で生活している ・ 病院に入院している ・ 施設に入所している
入院 (入所) 中の場合 (病院 (施設) 名 病棟)
退院 (退所) の予定 無 ・ 有 (予定 頃)
- 病歴や身体状況
(・ はこれまでの病歴について、 ~ は申請日までの1ヶ月以内の状況について記入してください。)
- 脳梗塞・脳出血等 無 ・ 有 (いつ頃)
骨 折 無 ・ 有 (いつ頃)
物忘れや気になる行動 無 ・ 有 ()
視力障害 無 ・ 有 ()
聴力障害 無 ・ 有 ()
その他 ()
- 5 介護サービスの利用状況
・ 通所介護 (デイサービス) (週 回) ・ 通所リハビリ (デイケア) (週 回)
・ 訪問介護 (ホームヘルパー) (週 回) ・ 訪問看護 (週 回)
・ 福祉用具貸与 (品目) ・ 福祉用具販売 (品目)
・ 住宅改修 (段差解消・手すり設置等) (無 ・ 有)
・ その他 ()
- 6 病院受診について 最近受診した時期はいつですか？ (平成 年 月頃)
- 7 訪問調査日について (都合の悪い日に「×」をおつけください。)
- | 曜 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-----|---|---|---|---|---|
| 午 前 | | | | | |
| 午 後 | | | | | |
- 8 担当介護支援専門員 : 事業所名 _____
氏 名 _____