訪問調査用事前アンケート（新規申請）

R6.12.2～

１　被保険者氏名

２　行政区　（　　　　）地区　世帯主氏名（　　　　　　　電話　　　－　　　－　　　）

　　※ご家族等住所　（〒　　　-　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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　　　－　　　　－　　　　（電話可能な時間帯　　時頃）

４　現在の状況

　　①　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　令和　　年　　月　　日から入院（入所）

（病院（施設）名　　　　　　　病棟　　　　　　　病名　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　退院（退所）の予定　　無　・　有　（予定　　　　　頃）

　　②　身体や介護状況

　　　　（Ⅰ・Ⅱはこれまでの病歴について、Ⅲ～Ⅵ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。）

　　　Ⅰ　脳梗塞・脳出血等　　　　無　・　有　（いつ頃　　　　　　　　　　　　）

　　　Ⅱ　骨　折　　　　　　　　　無　・　有　（いつ頃　　　　　　　　　　　　）

　　　Ⅲ　物忘れや気になる行動　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　Ⅳ　視力障害　　　　　　　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　Ⅴ　聴力障害　　　　　　　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　Ⅵ　その他

５　介護サービスの利用希望

　　・通所介護（デイサービス）　　　　・通所リハビリ（デイケア）

　　・訪問介護（ホームヘルパー派遣）　・訪問看護

　　・福祉用具（ベッド等）を借りたい　・福祉用具（ポータブルトイレ等）を購入したい

　　・住宅改修（段差解消・手すり設置等）・介護施設に入所したい

　　・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？　（令和　　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：