

訪問調査用事前アンケート（変更申請）

- 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 変更理由 ()
- 6 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 ()
- 7 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)
- 8 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 | | | | | |
- 9 担当介護支援専門員 : 事業所名 _____
氏 名 _____