



**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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> その他 氏名 本人との関係 連絡先① ( ) (自宅・携帯・他 ) ② ( ) (自宅・携帯・他 ) <b>※「その他」にチェックした場合は連絡先、氏名等を必ず記入</b> <b>※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。</b> <b>※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。</b>
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・火・水・木・金) その理由等( )
調査時同席の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同席あり(同席者 妻) <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 江別 みどり 本人との関係 長女 住所 〒 067-8674 江別市高砂町6番地の5 電話 011(382)4141

**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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(妻、長男)
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がらや病名など	<b>日常生活で心配なことがら(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 type="checkbox"/> 一人で立ち上がれない <input checked="" type="checkbox"/> 着がえに介助が必要 <input type="checkbox"/> 食事に介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄に介助が必要 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 閉じこもりがち <input type="checkbox"/> 物忘れしやすい <input checked="" type="checkbox"/> その他 病名 <u>脳出血</u>
※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>今まで身の回りのことは自身でできていたが、寝たきりになってしまい食事やトイレ、入浴等すべてにおいて介助が必要となった。</p> <p>現在病院でリハビリしているが、自宅に戻ることは難しいので施設入所を考えている。</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