

申請に関する利用者情報 (新規 ・ 要支援者新規 ・ 区分変更)

被保険者名			独居世帯 / 夫婦世帯 家族と同居 () その他 ()
申請に来た人 又は面接した人	(ふりがな)	被保険者との関係	
調査場所	自宅	病院	病院 階 病棟 電話番号()
		施設	施設名 電話番号()
		その他	具体的な場所 電話番号()
調査の連絡先	(ふりがな)	連絡する人の氏名 続柄()	
	日中に連絡のつく 電話番号	調査のできない曜日 ※デイサービス利用等	
立ち会い	あり	(ふりがな) 調査の連絡をする者と同じであれば「同上」と記入。 立ち会う人の氏名 続柄()	
	なし	連絡事項	
I. 身体 の状況などについて			
1)視力 支障なし / 見えにくい / 見えない	4)認知症状 ある / ない		
2)聴力 支障なし / 聞こえにくい / 聞こえない 聞こえない場合 筆談 / 手話 / その他	5)調査実施の緊急性 あり / なし ありの場合 その理由() 暫定利用が必要なサービス ()		
3)会話(意思の疎通) できる / できない			
II. 生活の支障となっている傷病名 ()			
III. 日常生活において特に困っていること			
1)申請された理由 病院・施設からの勧め / 家族の判断 / その他()			
2)希望するサービスについて 施設入所 / 訪問介護 / 通所介護 / 福祉用具 / 住宅改修 / その他()			
IV. 訪問調査員に伝えておきたい留意事項			