要介護認定調査等日程調整票（介護保険（要介護認定）申請書と一緒に提出してください。）

★ 要介護認定申請をされる場合、その都度の訪問調査と主治医意見書が必要となります。

☆ 訪問調査希望日と同席していただく介護者（家族）名及び病院（主治医）への受診日を記入してください。受診日を目安にこちらから医療機関へ記入の依頼をします。

★ 度会広域連合より調査日の調整で電話連絡を入れ、同時に主治医へ意見書記入を依頼します。

※ 主治医に意見書を記載していただく為、必ず受診はしてください。

1. 被保険者名		被保険者番号	
2. 現在の生活場所	□ 在宅（ 独居 ・ 本人含めて 人 ） □ 入院中（ 病院） □ 施設等（ ） □ その他（ ）		
3. 介護者(同席いただく方)名	ふりがな		連絡先
	氏名	（ ）	
4. 介護支援専門員	氏名：	事業所名：	同席希望： 有 無

5. 訪問調査希望日 （土日、祝日は行っていません） ※ 申請日より1週間後を目処に記載してください。		希望時間に○を付けてください。	
			特になし
第１希望	月 日（ 曜日）		午前 9時30分頃
			午前11時00分頃
			午後 1時30分頃
第２希望	月 日（ 曜日）		午前 9時30分頃
			午前11時00分頃
			午後 1時30分頃
調 査 不 可 な 曜 日		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	
6. 主治医への受診日		月 日	
7. 主訴、 希望するサービス			
8. 確認事項 （新規申請時もしくは前回認定時と変更がある方のみ記載）	※必須項目 ・聴力（問題あり ・ 問題なし） ・視力（問題あり ・ 問題なし） ・意思疎通（できる ・ ややできる ・ ほとんどできない ・ できない） ・住環境（問題なし ・ ゴミ屋敷 ・ ひどい尿臭 ・ その他・・・ ） ・調査時の注意事項 （なし ・ 日頃の聞き取りは別々で ・ 病気未告知 ・ その他… ） ※任意項目 ・現病歴、既往歴（病名… 発症年月日… ）		
9. サービス利用	・訪問介護 月 回 ・通所リハ 月 回 ・訪問入浴 月 回 ・短期入所 月 回 ・訪問看護 月 回 ・短期療養 月 回 ・訪問リハ 月 回 ・福祉用具貸与 品目（ ） ・居宅療養管理 月 回 ・福祉用具購入 品目（ ） ・通所介護 月 回 ・住宅改修 あり ・ なし		

度会広域連合事務局 516-2103 度会郡度会町棚橋 1202 TEL 0596－62－2300