

介護保険訪問調査アンケート

氏名： _____

正確かつスムーズに訪問調査を行うために、下記のアンケートへのご協力をお願いします。

- 1、訪問調査を行うときは「訪問日時連絡」を調査員が行います。訪問日時連絡が可能な連絡先をご記入ください。

氏名	続柄	連絡先・電話番号
		電話 ()
		電話 ()

- 2、現在ご本人さんが住んでいる場所が保険証の住所や以前の住所と違う場合や入院、入所中等であれば、訪問調査先を記入ください。(同じであれば結構です。)

現在調査対象者が住んでいる住所・入院先入所先名	連絡先・電話番号
	()

- 3、現在利用している介護サービスがあれば、レ点をつけてください。

利用サービス	サービス利用 曜日・予定日・回数		
<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス	利用日	月・火・水・木・金・土・日	週 回
<input type="checkbox"/> デイサービス	利用日	月・火・水・木・金・土・日	週 回
<input type="checkbox"/> デイケア	利用日	月・火・水・木・金・土・日	週 回
<input type="checkbox"/> 訪問看護	利用日	月・火・水・木・金・土・日	週 回
<input type="checkbox"/> ショートステイ	利用予定日	月 日～ 月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			品
<input type="checkbox"/> 住宅改修	有・無		
<input type="checkbox"/> その他			

- 4、認定調査員に事前に連絡したいことがありましたら記入ください。

(例：調査時に家族に同席してもらいたい。ヘルパーやデイサービスからも情報収集してもらいたい。)

4、自宅付近の地図を下記に書くか、地図のコピー等を添付してください。又、駐車スペースが分かりましたら地図に印を書いてください。