

介護保険 認定調査 事前アンケート

(記入日) 令和 年 月 日

被保険者氏名		町内会名		世帯主氏名	
--------	--	------	--	-------	--

調査日等の問い合わせ先

氏名		被保険者との続柄	
電話番号		携帯番号	

※日中連絡がつくところをご記入ください。

調査日、時間等については、後日認定調査員からご連絡いたします。

- ① 調査日について、希望の曜日・時間がある方はご記入ください。(土日、祝日を除く。)

日にちの指定は、このアンケートでは出来ませんのでご了承ください。

なお、調査時間は 午前9:00、午前10:30、午後1:30、午後3:00からとなっています。

(例:○曜日の午前中)

- ② 現在、介護サービスを受けていますか？(認定更新の方のみ) どちらかに○をご記入ください。

1. はい 2. いいえ

↓

1. はい に○をされた方は、利用されている介護サービスの曜日等をご記入ください。

(例:デイサービスを月・水・金曜日(週3回)利用)

- ③ 今後、どのようなサービスを受けたいと思いますか？

- ④ 現在、医療機関へ入院または介護施設へ入所されていますか？

1. はい 2. いいえ

↓

1. はい に○をされた方は、下記にご記入ください。

医療機関名または施設名		電話番号	
-------------	--	------	--

- ⑤ 新型コロナウイルス感染症拡大予防措置等のため認定調査を受けられない場合、その事情をできるだけ詳細にご記入ください。

※本町では、更新申請で新型コロナウイルス感染症予防として面会禁止等の措置により認定調査が困難な場合、現在の認定有効期間に原則12か月を合算します。新規・区分変更申請に関しては通常通りの取り扱いとなります。

※本人及びご家族に上記の説明を行いましたか？ → 1. はい 2. いいえ

**ご協力ありがとうございました。
認定調査は原則として、「主治医意見書」が役場に届いてからお伺いするようになります。
よろしくお願いいたします。**

●佐々町地域包括支援センター : 電話 62-6122

●佐々町役場 住民福祉課 介護保険担当 : 電話 62-2101 (内線113、114)