

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		※日中連絡がつくところをご記入ください。
電話番号		携帯番号		

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、調査時間は基本 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	
-------------	--	------	--

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)