

訪問調査のための事前アンケート

このアンケートをもとに調査員が電話にて、訪問調査の日程を相談させていただきます。
該当するところに○を付けて、必要であれば余白へ補足事項を記入してください。

調査対象者氏名							
記入した人		本人 ・ 本人以外（氏名_____・関係_____）					
訪問調査先*原則、日頃の生活状況を確認できる場所で行います*							
1 自宅（住民票住所地） ・ひとり暮らし・夫婦のみ・家族同居 ・日中独居・注意が必要なペットがいる（室外・室内）							
2 病院・施設：名称_____ 退院（転院）予定日：__月__日							
3 その他：_____宅／住所_____							
◆調査員が駐車できる場所 1 あり 2 なし							
訪問希望日 *訪問日は月～金曜日（休日・祝日を除く）で調整します* *訪問時には必ず本人との面談が必要となります*							
1 なし 2 あり 都合の良い曜日に○、または都合の悪い曜日に×をつけてください。							
		月	火	水	木	金	備考
	午前						
	午後						
連絡調整方法*8：30～16：30の間で連絡のとれる電話番号を記入してください*							
1 電話 [連絡先①_____ 連絡先②_____]							
2 その他（電話がない・電話が鳴っても聞こえないなど） [_____]							
現在のお体の状態について教えてください。							
・治療中の病気がありますか？ いいえ ・ はい（病名_____）							
・1年以内に手術しましたか？ いいえ ・ はい（手術日_____・病名_____）							
・日常会話に支障はありますか？（または意思の疎通が難しいですか？） いいえ ・ はい							
・麻痺（マヒ）がありますか？（自分の意思で動かすことが出来ない部分がある） いいえ ・ はい							
調査の際に配慮して欲しいことなど *身体状況（状態の悪化や手術後の経過等）や事前に調査員に伝えておきたいこと、特別な配慮の必要がありましたら記入してください*							
1 大きな声で話してほしい（筆談を希望する いいえ ・ はい）							
2 病名・病状を告知していない 3 本人の前で話しにくいことがある							
4 その他 [_____]							
申請理由*初めて申請する方のみ*							
1 介護サービスを利用したい 2 主治医、家族や親族、友人知人などに勧められた							
3 その他（_____）							
更新・区分変更の方 現在（申請月）の介護サービス等の利用状況についてご記入ください。							
	サービス名	利用日				事業所名	
1	デイ（デイケア）	月・火・水・木・金・土・日					
2	ホームヘルプ	月・火・水・木・金・土・日					
3	訪問リハ・訪問看護	月・火・水・木・金・土・日					
4	ショートステイ	なし ・ あり				その他、介護以外の在宅サービス （障害福祉サービスなど）	
5	小規模多機能サービス	なし ・ あり					
6	福祉用具利用	なし ・ あり					
7	住宅改修	なし ・ あり					

裏面の記入例を参考にしてください

記入例

訪問調査のための事前アンケート

このアンケートは、調査員が電話にて、訪問調査の日程を相談させていただきます。
該当するところに○を付けて、必要であれば余白へ補足事項を記入してください。

調査対象者氏名	香美 一郎						
記入した人	本人	・	本人以外	(氏名 <u>香美 花子</u>)	・ 関係 <u>長女</u>		
訪問調査先*原則、	訪問先を生活状況を確認させていただきます*						
該当する状況を ○ で囲んでください							
1 自宅 (住民票住所地)	・ ひとり暮らし・夫婦のみ・家族同居・日中独居・注意が必要なペットがいる (室外・室内)						
2 病院・施設：名称			退院 (転院) 予定日：	月 日			
3	その他： <u>香美 太郎 (長男)</u> 宅/住所 <u>香美市土佐山田町宝町〇-〇-〇</u>						
◆調査員が駐車できる場所 1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし							
訪問希望日*訪問日は月～金曜日 (休日・祝日を除く) で調整します*							
訪問時には必ず本人との面談が必要となります							
1 なし	2 あり	都合の良い曜日に○、または都合の悪い曜日に×をつけてください。					
		月	火	水	木	金	備考
	午前		○		○		
	午後		○		○		
連絡調整方法*8:30～16:30の間で連絡のとれる電話番号を記入してください*							
1 電話	[連絡先① <u>0887-52-0000</u> 連絡先② <u>090-1111-0000</u>]						
2 その他	(電話がない・電話が鳴っても聞こえないなど)						
[]							
現在のお体の状態について教えてください。							
・治療中の病気がありますか? <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい (病名 _____)							
・1年以内に手術しましたか? いいえ ・ <input checked="" type="radio"/> はい (手術日 <u>5/25</u> ・病名 <u>大腿骨骨折</u>)							
・日常会話に支障はありますか? (または意思の疎通が難しいですか?) <input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい							
・麻痺 (マヒ) がありますか? (自分の意思で動かすことが出来ない部分がある) いいえ ・ <input checked="" type="radio"/> はい							
調査の際に配慮して欲しいことなど							
身体状況 (状態の悪化や手術後の経過等) や事前に調査員に伝えておきたいこと、特別な配慮の必要がありましたら記入してください							
1	<input checked="" type="radio"/> 大きな声で話してほしい (筆談を希望する はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ)						
2	病名・病状を告知していない <input checked="" type="radio"/> 3 本人の前で話しにくいことがある						
4	その他 []						
申請理由*初めて申請する方のみ*							
1	介護サービスを利用したい						
2	主治医、家族や親族、友人知人などに勧められた						
3	その他 ()						
更新・区分変更の方							
現在 (申請月) の介護サービス等の利用状況についてご記入ください。							
サービス名	利用日			事業所名			
1 デイ (デイケア)	月	<input checked="" type="radio"/> 火	<input checked="" type="radio"/> 水	<input checked="" type="radio"/> 木	金・土・日	デイサービスセンター●●●、□□デイサービス	
2 ホームヘルプ	月	火	<input checked="" type="radio"/> 水	木	金・土・日	ヘルパーステーション▲▲▲	
3 訪問リハ・訪問看護	<input checked="" type="radio"/> 月	火	水	木	金・土・日	〇〇〇クリニック	
4 ショートステイ	<input checked="" type="radio"/> なし			あり		その他、介護以外の在宅サービス (障害福祉サービスなど)	
5 小規模多機能サービス	<input checked="" type="radio"/> なし			あり			
6 福祉用具利用	なし			<input checked="" type="radio"/> あり			
7 住宅改修	なし			<input checked="" type="radio"/> あり			