

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(自宅)の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? <u>いいえ</u> ・ はい (病名 _____)								
・1年以内に手術しましたか? <u>いいえ</u> ・ <u>はい</u> (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?) <u>いいえ</u> ・ 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) <u>いいえ</u> ・ <u>はい</u>								
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 はい ・ <u>いいえ</u>)							
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	・ <u>火</u> ・	水・ <u>木</u> ・	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・	<u>水</u> ・	木・金・土・日	ヘルパーステーション▲▲▲		
3	訪問リハ・訪問看護	<u>月</u> ・	火・	水・	木・金・土・日	〇〇〇クリニック		
4	ショートステイ	<u>なし</u> ・ 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	<u>なし</u> ・ あり						
6	福祉用具利用	なし ・ <u>あり</u>						
7	住宅改修	なし ・ <u>あり</u>						