

認定調査連絡票

新規・更新・変更

※該当する項目に、○または記入してください。

被保険者氏名（ ）

年齢（ ）才 40歳から64歳までの方は医療保険証のコピーが必要です。

1. 世帯構成について

①単独世帯 ②同居家族（配偶者・父・母・祖父・祖母・子・その他）

2. 現在の状況について

①在宅生活 ②入院中[病院： 病棟]
③施設入所中[] *退院予定 未定・有[月 日頃]

*現在サービスを利用している方 ※分かれば事業所名までご記入ください。

1、訪問サービス（事業所名： ） 2、通所サービス（事業所名： ）
3、施設サービス（事業所名： ） 4、福祉用具レンタル品（ ）

*これから利用したいと考えているサービスはありますか。

訪問介護／訪問リハビリ／通所介護／ショートステイ／施設入所／福祉用具レンタル・購入／住宅改修
その他（ ）

3. 身体状況及び調査時の留意点（※必ず記入してください。）

- ・病状・介護が必要となった原因、日常生活で困っていることや歩行状態、介助が必要な行為など
- ・調査時の留意点（病気の未告知、手話・筆談、認知症の症状等）

4. 調査先（※自宅外は住所を必ずご記入ください。）

①自宅 ②自宅外：住所 県 市

◆調査員の駐車スペース 有 ・ 無

③施設・病院（ ）

5. 認定調査時の対応は、ご本人1人でできますか？

- ①本人1人で対応できる
（ できる ・ 大きい声で話せばできる ・ 補聴器を使用するとできる ）
- ②本人1人では対応できない ◆該当する場合は、項目6.での同席を必ずお願いします。
↓（ 難聴である ・ 言語障害がある ・ 重度の視覚障害がある ・ 認知症がある ）

6. 調査時の同席

- ①同席する
同席者氏名（ ） 本人との関係（ ）
- ②同席しない（入院中のため、病院スタッフに任せる ・ 同席はできないが、調査後聞き取り要）

7. 調査日程の打合せ先（◆日中必ず連絡が取れるところ）

氏名（ ） 本人との関係（ ） *携帯電話（ ）
日中連絡がとれる時間帯（いつでも可・指定あり[]） *固定電話（ ）

8. 調査希望日について（1, 2, 3のいずれかに○をつけてください）

- 決まった日程に合わせることができる
- 午前がいい

	月	火	水	木	金
9：30～					
10：30～					

都合が悪い時間は×
をご記入ください。

- 午後がいい（ご希望に添えない場合もあります）