

# 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 ※分かれれば事業所名までご記入ください。

- 1、訪問系サービス (事業所名: [ ]) 2、通所系サービス (事業所名: [ ])  
3、施設系サービス (事業所名: [ ]) 4、住宅改修/福祉用具購入・福祉用具レンタル

\*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。

通所介護/通所リハビリ/訪問介護/訪問リハビリ/訪問看護/施設入所 (有料/GH/老健/特養/医療院)  
ショートステイ/住宅改修/福祉用具レンタル・購入/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 ( [ ] ) 電話番号 ( [ ] - [ ] - [ ] )

## 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 (入院・入所中で調査をスタッフに任せる場合、該当施設の連絡先)

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 (通所サービス利用等で都合が悪い時間は×をご記入ください。)

	月	火	水	木	金
9:30~					
10:30~					

※都合が悪い方は、午後 (13:30~のみ) も対応します。