

認定調査連絡票

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡の上、訪問調査日時を相談させていただきます。

1. 申請者 ・家族 ・本人 ・事業者 ・包括

2. 申請 ・新規 ・更新 ・変更

- ①申請理由 ・申請をすすめられた（ 家族・知人・病院職員・その他 より）
・介護保険サービスを利用したい
・その他（ ）

②現在利用している介護サービス及び定期的な病院受診等がありましたら○をつけてご記入ください。

・利用していない									
・訪問介護	月	火	水	木	金	土	日	・ショートステイ	
・訪問入浴介護	月	火	水	木	金	土	日	・小規模多機能	
・訪問介護	月	火	水	木	金	土	日	・定期的な通院 有（ ）無	
・デイサービス	月	火	水	木	金	土	日	・その他	

3. 訪問先

①自宅

②自宅以外 施設・病院名 _____（ _____ 号室） 退院予定 _____ 頃

住所 _____

(個人宅の場合) 氏名 _____ 電話番号 _____

4. 同席者は、どなたですか？

①本人

②家族等の氏名 _____ 本人との関係（ _____ ）

日中の連絡先（携帯電話など） _____

5. 日程調整は、どなたとすればよいですか？

①なし

②氏名 _____ 本人との関係（ _____ ）

6. 調査に当たり、都合の悪い曜日に×をつけてください

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

※土曜、日曜、祝日は行っておりません。

7. 調査員に伝えておきたいこと

- ①難聴（有・無） ②言語の理解（有・無）
③もの忘れ（有・無） ④その他（ _____ ）

8. その他

①主治医最終診察日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※最終診察日が3か月以上前の場合は、意見書を作成してもらうために受診が必要ですので、病院の受診をお願いします。

②居宅事業所 _____ ③担当ケアマネージャー _____