**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。※ 82-2079より電話します。**

**認定調査連絡票**

**１．申請者にチェックをつけてください。**

**☐** 家族　**☐** 本人　**☐** 事業者　**☐** 包括

**２．介護認定を受ける人の世帯状況にチェックをつけてください。**

**☐** 独居 **☐** 高齢世帯 **☐** 家族と同居 **☐** 施設に入所 **☐** その他（　　　　　）

**３．申請の種類及び申請理由にチェックをつけてください。**

　① 申請種類 ☐ 新規　☐ 更新　☐ 変更

　② 申請理由

**☐** 申請をすすめられた：**☐** 家族 **☐** 知人 **☐** 病院職員 **☐** その他（　　　　　）

**☐** 介護保険サービスを利用したい

**☐** その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

**４．現在利用している介護サービスの状況についてチェックをつけ、利用されている曜日等に○をつけてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **☐** 訪問介護 | 月・火・水・木・金・土・日 | **☐** 小規模多機能 | 月・火・水・木・金・土・日 |
| **☐** 訪問入浴介護 | 月・火・水・木・金・土・日 | **☐** その他（　 　） | 月・火・水・木・金・土・日 |
| **☐** 訪問看護 | 月・火・水・木・金・土・日 | **☐** レンタル | 有　・　無 |
| **☐** 通所介護 | 月・火・水・木・金・土・日 | **☐** 住宅改修 | 有　・　無 |
| **☐** 通所リハ | 月・火・水・木・金・土・日 | 定期的な通院の有無： 有 ・ 無  通院有の場合病院名（　　　　　　　　） | |
| **☐** 短期入所 | 月・火・水・木・金・土・日 |

※ 病院に通院されている場合、定期的な通院の有に○を入れ、病院名を記入してください。

**５．訪問調査先にチェックをつけ、自宅以外は下線の項目を記入してください**

**☐** 自宅

**☐** 施設・病院等　施設・病院名　　　　　　 　　（　 　号室）退院予定　 月頃

**☐** 自宅以外の個人宅　訪問先氏名　　　　　　 　　 　　℡　　－　　－

　　　　　　　　　　　 訪問先住所

**６．訪問調査時の同席者について記入してください。**

　　 ◆ 同席者の氏名、本人との関係、連絡先を記入してください

　　　同席者の氏名　　　　　　　　　　　本人との関係　　　　（例：家族、施設職員等）

　　　日中の連絡先（携帯電話など）　　　－　　　－

　　　連絡が取れる時間（　　　曜日の 午前・午後　　時 ～ 午前・午後　　時まで）

　　　※ 月曜日から金曜日の午前8時30分～午後4時30分までの時間を記入してください

**７．調査に当たり、都合の悪い曜日に × をつけてください。**

**※土曜、日曜、祝日は、調査を行っていません。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午　前 |  |  |  |  |  |
| 午　後 |  |  |  |  |  |

**８．調査員に伝えておきたいことがあれば記入してください。**

　（記入例）難聴、言語の理解ができない、意思の伝達ができない、もの忘れがあるなど

|  |
| --- |
|  |

**９．その他（記入してください。）**

**① 利用している居宅介護支援事業所**（　　　　　　） **② 担当ケアマネージャー**（　　　　　　）