

## ■認定調査連絡票■

この用紙は認定調査の日程を決める資料となりますので、申請書に添付して下さい。

※下記項目を記入、または、該当する箇所を○で囲んで下さい。

<small>ふりがな</small> <b>氏名</b> (被保険者名)	<b>性別</b>	<b>被保険者番号</b>

1) 本人の生年月日及び年齢      M・T・S      年      月      日 (      歳 )

2) 本人がお住まい行政区      .....      区

3) 調査日程連絡先 (日中)

氏名: .....      続柄: .....      電話番号 (自宅・職場等): .....

4) 調査時の家族の同席

①希望する      同席者氏名: .....      続柄: .....

②希望しない

③できない

5) 現況について

1 同居家族: 無 ・ 有

2 物忘れ: 無 ・ 有 (.....)

3 調査先: 自宅 ・ 施設 ・ その他 (.....)

4 身体状況: 安定 ・ 不安定

歩 行	
排 泄	
食 事	
入 浴	
そ の 他	

⑤介護を必要とする主な原因 (該当する項目にチェックを入れてください)

- |                                       |                                |                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (脳卒中)  | <input type="checkbox"/> 認知症   | <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 |
| <input type="checkbox"/> 関節疾患         | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 | <input type="checkbox"/> 心疾患     |
| <input type="checkbox"/> その他 (      ) |                                |                                  |

⑥意思の疎通 (手段を含む) について

(1)問題なし ・ (2)失語症 ・ (3)聴覚障害 ・ (4)視覚障害 ・ (5)補聴器 ・ (6)筆記 ・ (7)手話

⑦通所サービス利用等で日頃不在の日 (×をつける)

	月	火	水	木	金
午 前					
午 後					
その他 (ショートステイなど)					

6) 認定後希望するサービス (.....)

現在利用しているサービス (.....)

7) 調査等の留意点 (例えば、ヘルパー訪問時に調査した方がよい等)、その他の事項

.....