

【 認定調査連絡票 】

被保険者番号		氏 名	(年齢)
--------	--	-----	-------

■訪問調査の日程調整の連絡先、場所、同席希望の有無を教えてください

日程調整をする人の氏名	電話番号	関 係				
		☐ 本人 ☐ 親族() ☐ ケアマネ ☐ その他()				
訪問調査時に同席を希望しますか (訪問先が病院や施設の場合、同席できない場合もあります)						
☐ 希望する ➡ 同席する人の氏名() 関係()		☐ 希望しない				
訪問先の場所 (在宅の方は基本的に自宅をお願いします)						
☐ 自宅(行政区:) ☐ 施設() ☐ その他() ☐ 病院(入院理由: 退院時期:)						
通所サービス利用・通院などで、不在の日があれば「×」を記入してください						
	月	火	水	木	金	その他(ショートステイなど)
午 前						
午 後						
調査時の留意点があればご記入ください(例えば、「ヘルパー訪問時に調査希望」など)						
※認定結果の送付先の変更または窓口での受取りの希望 (本人または申請者以外の方の受取りの場合、本人の委任状が必要です) ➡						

■本人の状況について、可能な限り教えてください (以下、記入は任意です)

同居者の有無	☐ 1人暮らし ☐ 同居者あり(配偶者 ・ 他 人)
介護を必要とする原因となる疾病	☐ 脳血管疾患 ☐ 認知症 ☐ 関節疾患 ☐ 骨折(部位:) ☐ 心臓疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 精神疾患 ☐ その他()
物忘れ等の有無	☐ 無 ☐ 有()
現在利用中のサービス	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ショートステイ ☐ 福祉用具レンタル ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具購入 ☐ 施設入所 (品目:) (半年以内の購入品:)
今後利用したいサービス ※区変の場合はできる限りご記入ください	☐ 現在利用中のサービス継続 ☐ 検討中 () ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ショートステイ ☐ 福祉用具レンタル ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具購入 ☐ 施設入所 (品目:) (半年以内の購入品:)
備 考	

ご協力ありがとうございました