

要介護認定調査（訪問調査）の実施に係る連絡票

（ 新規 ・ 更新 ・ 区分変更 ）

できるだけ日頃の状況をよく知っている介護者等の同席をお願いします。

認定調査は、平日のみとさせていただきます。

被保険者氏名											
主な介護者	本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族等(続柄)		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・介護保険施設等							
記入者氏名	本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族等(続柄)		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・介護保険施設等							
担当ケアマネジャー名	事業所名	TEL									
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地										
	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地以外		住所	TEL							
	<input type="checkbox"/> 入所施設		施設の名称及び住所	住所							
				施設名	TEL						
	<input type="checkbox"/> 入院中の医療機関 ※訪問調査の許可を得ていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		医療機関の名称及び住所	住所							
			医療機関名	TEL							
		入院期間	年	月	日	～	年	月	日		
		退院後の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外()								
調査への同席者の有無 (家族・ケアマネ)	<input type="checkbox"/> 同席する	フリガナ									
		氏名									
		本人との関係	家族()	その他()	家族()	その他()					
	<input type="checkbox"/> 同席しない	※ 心身の状態に関して、本人からの聞き取り調査を行います。 本人のみでも十分に調査できるものとみなします。									
日程調整の相手 ※連絡する時間帯 平日9:00～17:00	フリガナ										
	氏名								本人との関係		
	電話番号	自宅 ()	—								
		携帯	—								
	備考	※ 連絡が取りやすい時間 いつでも・午前中・午後									
在宅介護サービス 利用状況及び 病院受診の状況	①訪問介護・訪問看護 ②デイサービス ③デイケア ④ショートステイ ⑤小規模多機能 ⑥福祉用具貸与	サービス 利用日	月	火	水	木	金	土	日	病院受診 予定日	
	※ 意見書を主治医に作成してもらえますか。 はい ・ いいえ										
その他	難聴 有・無	感染症 有()・無	別室での聞き取り希望 有・無								

【 市記入欄 】

前回の要介護 認定結果等	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	備考 (かかりつけの病院、申請の理由等)
	要支援 1 ・ 2	
	年 月 日～ 年 月 日	