

介護保険 認定調査連絡票

この連絡票は、「要介護・要支援認定のために行う認定調査」で伺う調査員への連絡に使用するものです。
項目ごと該当する口にレ印を入れ、必要な欄にご記入をお願いします。

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------|---------|--------------------|---------|--------|-----|
| 被保険者番号 | | | | | 被保険者氏名 | | |
| 1 主な病名等 | 主治医の受診状況 | | | | 最終診察日 | () | 年 月 |
| | | | | | 次回受診予定日 | () | 年 月 |
| | | | | | 入院中 | | |
| 2 調査に伺う場所 【本人の居所】 | <input type="checkbox"/> 自宅(住民票所在地と同じ) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設や病院 | 施設等の名称 | | | | | |
| | | 所在地・電話番号 | | 〒 - | | | |
| | | 入院・入所日等 | | 年 月 日から(病棟等) | | | |
| | | 退院・退所予定 | | 予定なし・予定あり(年 月 日頃) | | | |
| | <input type="checkbox"/> それ以外 | 訪問先の名称 | | | | | |
| 所在地・電話番号 | | 〒 - | | | | | |
| 3 家族の状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他) ※入所・入院中の方は在宅時の状況で選択 | | | | | | |
| 4 認定調査の 日程等連絡先 | ★施設や病院での調査を予定している方で、ご家族の調査の同席の希望がない場合は、連絡先は『本人以外』を選択し、施設・病院の担当者名及び連絡先を記載してください。 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人 | 日中の連絡先 | | ☎ () - | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本人以外 | ふりがな | | | | 本人との関係 | |
| | | 氏名 | | | | | |
| | 日中の連絡先 | | ☎ () - | | | | |
| 5 調査の同席 | <input type="checkbox"/> 同席あり | ふりがな | | | | 本人との関係 | |
| | | 同席者氏名 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同席なし | | | | | | |
| 6 都合の悪い日 (調査は祝日を除く、月～金曜日に行います) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (曜日・時間帯等) | | | | | | |
| 7 調査の際に配慮してほしいことや調査員に伝えたいこと | 【手話通訳や筆談が必要な方、現在治療中の病気のこと、今後調査場所の変更可能性の有無など、調査員に事前に伝えたいことがあれば、具体的に記入してください。】 | | | | | | |

市役所記入欄(※以下は記入しないでください。)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |