**認定調査連絡票**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 | ００００ |
| フリガナ |  |
| 本人氏名 |  |

|  |
| --- |
| ＜現在の介護度＞□　新規□　要支援（　　　　　）□　要介護（　　　　　） |

**1．調査場所はどちらですか？**

|  |
| --- |
| 1. 自宅　（住 所 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　）
2. 施設　（施設名：　　　　　 　 　　　　　電話番号：　 ）
3. 病院　（病院名：　　　　　 病棟： 　　　電話番号：　 ）

※入院中の場合は下記を記入して下さい。* 入院日（予定日）：令和　　　　年　　　　月　　　　日
* 今回の申請は、どなたの判断によるものですか？当てはまる人に〇をつけてください。

病院スタッフ（主治医・看護師・相談員）・本人または家族・ケアマネジャー・その他（　　 　　　　　）* 疾病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 手術の予定はありますか？　いいえ ・ はい （ 手術予定日：令和　　　年　　　月　　　日 ）
* 概ねの退院予定日：令和　　　年　　　月　　　　日
* 退院後の方向性（施設入所・在宅介護など）決まっていますか？　いいえ ・ はい （施設入所・在宅介護）
 |

2．認定調査の日程調整の連絡先はどちらですか？

|  |
| --- |
| 1. 氏名　　　（　　　　　　　　　　　　　）
2. 続柄・関係（　　　　　　　　　　　　　）
3. 連絡先　　（ □自宅電話番号：　　　　　　　　　　　　□携帯電話：　　　　　　　　　　　　）

**※お仕事等で日中お電話に出られない方は下記を記入して下さい。**日中の連絡先（勤務先等：　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　） |

3．調査時に立ち合い（同席）をされる方はいますか？　※できる限りご家族の立ち合いをお願いします。

|  |
| --- |
| ①　立ち合いあり　　氏　名：　　　　　　　　　　　続柄・関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：**※日程調整をされる方と違う方が立ち合いをされる場合は、立ち合いされる方の連絡先を記入してください。**②　立ち合いなし |

4．認定調査の都合の悪い曜日・時間帯はありますか？都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。

* 土日祝日は認定調査は　　していません。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午前（10時～12時） |  |  |  |  |  |
| 午後（13時～15時） |  |  |  |  |  |

5．利用中又は利用したい介護サービスに〇をつけてください。

|  |
| --- |
| ①　訪問介護　②　訪問入浴　③　訪問看護　④　訪問リハビリ　⑤　通所介護　⑥　通所リハビリ⑦　福祉用具レンタル・購入　⑧　住宅改修　⑨　短期入所サービス　⑩　施設入所（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院・グループホーム）⑪　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

6．認知症の有無について

|  |
| --- |
| ①　なし（年相応の物忘れを含む）②　あり（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度　）　　　 ( 症状： )  |

7．その他、認定調査に関して伝えておきたいことを記入して下さい。

　（例：病気の告知の有無、在宅医療で使用しているものがある、外出して戻れないことがあった等）

|  |
| --- |
|  |