

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○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。

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

※ 土日祝日は認定調査はしていません。

5. 利用中又は利用したい介護サービスに○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)

--