認定調査連絡票

※認定調査連絡票は、認定調査を迅速・正確に行うためのものです。ご協力をお願いします。

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　病院・施設　（名称：　　病棟：　　病室：　　）
※入院・入所されている場合は下記を記入して下さい。
入院・入所（予定日）：　　月　　日
退院・転院（予定日）：　　月　　日　　転院先：（名称：　　病棟：　　病室：　　）

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：　　）
※連絡先は優先する方にチェック☑をして下さい。
※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の記入をお願いします。
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. 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）