

要介護認定調査員用連絡票

被保険者氏名		新規・変更・更新
--------	--	----------

1 調査場所	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ	<input type="checkbox"/> 別の場所()
	<input type="checkbox"/> 病院又は入所施設	(名称)	(電話番号) - -

2 調査日時の調整者について記入してください。

日程調整者の連絡先	氏名	本人との関係	電話番号
①			
②			

3 認定調査時の付き添いについて記入してください。

- 家族 [続柄: 氏名:]
- 担当ケアマネジャー 氏名:]
- その他 [本人との関係: 氏名:]
- なし [理由:]

4 認定調査に当たり、不都合な曜日・時間帯がある場合は、次の表に×印を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前 9 : 00 ~ 12 : 00					
午後 13 : 00 ~ 15 : 30					
希望する調査日 (できるだけ対応させていただきます)	令和	年	月	日()	午前・午後 時

* 調査場所が在宅の方のみ記入をお願いします。

- ・現在、ご自宅は、被保険者(対象者)ご本人を含めて、何人暮らしですか。()人
- ・訪問先の住宅玄関に表札又は看板などがありますか。
 ある(表札又は看板名) ない
- ・訪問時、調査員の自動車を駐車する場所がありますか。また訪問経路に注意する箇所はありますか。
 敷地内にある ない その他() 道幅がかなり狭いなど()

5 介護申請に至った経緯、現在の身体状況・状態、現在の利用サービス等を記入してください。

①介護申請に至った経緯と現在の身体状況・状態	記入者名()

②直近の入退院(所)した日程等 (医療機関、施設等:)	入院(所)日 退院(所)日
③現在利用中のサービス種類(1週当たりの回数)	
<input type="checkbox"/> 介護保険()	
<input type="checkbox"/> 障がい()	<input type="checkbox"/> 医療保険() <input type="checkbox"/> その他()
④調査時に配慮すること <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> その他()	
⑤担当ケアマネジャー(事業所名:)	氏名: 電話番号:)