

認定調査の実施に係る連絡票

(新規・更新・区分変更)

※認定調査は、できるだけ日頃の状況をよく知っている介護者等の同席をお願いします。
 ※認定調査は、平日のみの対応となります。

被保険者番号			被保険者氏名				
記入者氏名			本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族等(続柄) <input type="checkbox"/> 居宅支援事業所・介護保険施設等			
担当ケアマネージャー名			事業所名	TEL			
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地 <input type="checkbox"/> 住民票の住所 住所 住所地以外		自宅等敷地内 駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()			
	<input type="checkbox"/> 入所施設			施設名称及び住所	施設名		
				住所	TEL		
	<input type="checkbox"/> 入院中の医療機関 ※訪問調査の許可を得ていますか。		医療機関名称 及び住所	医療機関名			
				住所	TEL		
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		入院期間 (入院中の場合)	年 月 日 ~ 年 月 日			
		退院後の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外()				
調査への同席者の有無 (家族・ケアマネ)	<input type="checkbox"/> 同席する	フリガナ			本人との関係	家族() <input type="checkbox"/> 同居 その他() <input type="checkbox"/> 別居()	
		氏名					
	フリガナ			本人との関係	家族() <input type="checkbox"/> 同居 その他() <input type="checkbox"/> 別居()		
氏名							
<input type="checkbox"/> 同席しない	※心身の状態に関して、本人からの聞き取りを行います 本人のみでも十分に調査できるものとみなします。				電話による家族への聞き取り (要・不要)		
日程調整の相手 ※連絡する時間 平日 9:00~17:00 ※連絡する優先順 にご記入ください	フリガナ			本人との関係	電話番号	自宅 携帯 ()	
	1. 氏名						
	フリガナ			本人との関係	電話番号	自宅 携帯 ()	
	2. 氏名						
在宅サービス 利用状況及び 病院受診状況	通所サービス利用日		月 火 水 木 金 土 日 ※利用日に○をつけてください				
	ショートステイ等利用状況						
	受診状況	最終受診日	年 月 日		※意見書を依頼する主治医に 定期的に受診していますか <input type="checkbox"/> はい		
		次回受診予定日	年 月 日		※意見書を依頼することについて 主治医にご了解を得ていますか <input type="checkbox"/> はい		
その他 (上記以外に調査員へ伝えたい 事項があればご記入ください。)							