

認定調査連絡票

◎認定申請を受け付けた後に、認定調査員より、介護認定訪問調査日の連絡を行います。認定調査の連絡調整や訪問を円滑に行うため、下記の項目へ記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

①ご本人について

被保険者氏名	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 ⇒ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 施設（施設名 _____） <input type="checkbox"/> 病院（医療機関名 _____） ◎入院期間（ _____ ～ _____） ◎退院予定 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 未定

②調査について

※施設入所及び病院入院中等の方については、調査立ち合いが困難な場合があります。

立ち合い者	【氏名】 _____	【ご関係】 _____
調査連絡先 （電話番号）	◎複数ある場合にはご記入ください	○入院中・施設入所中の場合 立ち合い希望 あり ・ なし （なしの場合 調査後連絡希望 要・不要）
調査希望日	月 火 水 木 金	（午前・午後） ※可能な日全てに○
実施場所	<input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
その他	◎駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ◎室内ペット <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無	

③現在のサービス利用の状況

※お分かりになる範囲でご記入ください。

<input type="checkbox"/> なし				
<input type="checkbox"/> デイサービス（ _____ ）	<input type="checkbox"/> デイケア（ _____ ）	<input type="checkbox"/> ショートステイ（ _____ ）		
<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※町記入欄※