

介護保険 認定調査連絡票

この連絡票は、「要介護・要支援認定のために行う認定調査」で伺う調査員への連絡に使用するものです。項目ごと該当する□にレ印を入れ、必要な欄にご記入をお願いします。

被保険者番号				被保険者氏名				
1 主な病名等	主治医の受診状況			最終診察日	(年	月)	
				次回受診予定日	(年	月)	
				入院中				
2 調査に伺う場所 【本人の居所】	<input type="checkbox"/> 自宅(住民票所在地と同じ)							
	<input type="checkbox"/> 施設や病院	施設等の名称			〒 -			
		所在地・電話番号			☎ () -			
		入院・入所日等			年 月 日から(病棟等)			
		退院・退所予定			予定なし・予定あり(年 月 日頃)			
	<input type="checkbox"/> それ以外	訪問先の名称			〒 -			
所在地・電話番号			☎ () -					
3 家族の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他) ※入所・入院中の方は在宅時の状況で選択							
4 認定調査の 日程等連絡先	★施設や病院での調査を予定している方で同席を希望されない場合は、連絡先は『本人以外』を選択し、施設・病院の担当者名及び連絡先を記載してください。							
	<input type="checkbox"/> 本人	日中の連絡先		☎ () -				
	<input type="checkbox"/> 本人以外	ふりがな				本人との関係		
		氏名						
	日中の連絡先		☎ () -					
5 調査の同席	★同席希望の方で調査先が施設・病院の場合、病院・施設先における同席の可否 ※調査同席希望の場合、入所・入院先に事前に同席できることを確認してください。 <input type="checkbox"/> 確認済							
	<input type="checkbox"/> 同席あり	ふりがな				本人との関係		
		同席者氏名						
<input type="checkbox"/> 同席なし								
6 調査の際に配慮してほしいことや調査員に伝えたいこと	【手話通訳や筆談が必要な方、現在治療中の病気のこと、今後調査場所の変更可能性の有無など、調査員に事前に伝えたいことがあれば、具体的に記入してください。】							

市役所記入欄(※以下は記入しないでください。)
