

※村記入

調査日	月 日 ()	時間	午前・午後	:
調査場所	自宅・病院・施設・他 ()			
調査員	様	区分	新規・更新・変更	

介護認定調査 連絡票

※下記をご記入の上、申請書とあわせて提出をお願いします。

被保険者氏名						
申請者氏名		被保険者との関係				
心身の 状態	※現在の心身の状況、困っていること等					
申請理由						
認定調査	調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅				
		<input type="checkbox"/> 入院・入所中 病院・施設名:		科・病棟:		
		入院・入所年月: 年 月 日				
		退院等の予定: 月 日頃・未定【自宅・転院・施設・他】				
	施設等の種類:					
	<input type="checkbox"/> 他()					
	調査の 連絡先	氏名			被保険者との関係	
		電話番号			住所	
		立会い	希望する・希望しない・都合があれば			
		連絡先と立会い希望の方が【同じ・違う】				
※連絡先と立会いの方が違う場合、立会いの方を記入してください。						
氏名:		被保険者との関係:				
電話番号:						
都合の悪い 日程 【無・有】		<input type="checkbox"/> 通い・泊まりの利用あり【月・火・水・木・金・土・日】				
		<input type="checkbox"/> 訪問を利用している【月・火・水・木・金・土・日】				
		<input type="checkbox"/> 受診等()				
※新規申 請のみ	<input type="checkbox"/> 緊急に利用したい 理由:					
サービス 利用希望	<input type="checkbox"/> 認定結果が出てから利用したい 希望するサービス:					
	<input type="checkbox"/> 利用するサービスが 【分からない・特にない】					
	<input type="checkbox"/> 主治医等に勧められた					
主治医	※主治医が複数いる場合は、主に介護が必要な原因傷病の担当医師(入院中は入院先の医師)を申請書へ記入してください。					
	<input type="checkbox"/> 定期的に受診中		<input type="checkbox"/> 具合が悪い時しか受診しない			
	<input type="checkbox"/> 主治医が決まってない等で 月 日頃受診する予定					
	<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> その他			

→裏面の記入もお願いします

家族の状況	【 独居 ・ 日中独居 ・ 同居 】 ※同居の家族の続柄()
第三者行為(以外)の確認	介護が必要な理由が交通事故等第三者行為(交通事故等)以外の場合、以下の□にレ点を記入してください。 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者行為による申請ではありません ※第三者行為の場合は、「第三者行為傷病届」等の提出が必要です。
認定結果 送付先	本人以外に送付希望【 無 ・ 有 】 ※担当ケアマネージャーや入所施設等へ送付を希望する場合、下記を記入してください(住所は郵送の場合のみ記入)。 ※送付先を変更する場合は、本人や家族へ了解を得てください。 ※既に送付先変更の届出をしている場合は、以下の記入は不要です。 送付先氏名: _____ 本人との関係: _____ 送付先住所: 〒 _____

■在宅の介護サービス利用【 無 ・ 有 】

※認定調査月(予定)の状況を記入してください(1か月の回数または日数)。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 ※6か月以内	品目
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 あり	-
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	回	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	日
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	回	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	日
<input type="checkbox"/> 通所介護	回	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	日
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	回	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定入所者生活介護	日
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	日
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	回
<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	日	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	日
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	日	<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 あり	-
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外のサービス <input type="checkbox"/> 【 紙おむつ支給 ・ 配食サービス ・ 車いす貸与 ・ ベッド貸与 ・ 他() 】			