

介護認定調査連絡票【☐新規 ☐更新 ☐変更】

被保険者番号

被保険者氏名

(該当するものにチェックしてください。)

●【**きっかけ**】 更新申請の場合はチェック不要です。

☐本人が決めた ☐家族が決めた ☐病院に勧められた ☐介護関係者からの紹介 ☐知人の紹介

●【**介護が必要な理由**】

☐脳血管疾患(麻痺:☐あり ☐なし) ☐骨折(部位) ☐関節疾患

☐心疾患 ☐認知症 ☐精神疾患 ☐高齢による衰弱 ☐呼吸器疾患

☐がん(告知 ☐あり ☐なし) ☐その他()

●【**生活状況**】

☐一人暮らし ☐配偶者と二人暮らし ☐家族と同居 ☐施設入居() ☐その他()

●【**調査先**】

☐被保険者自宅

☐申請書記載の介護保険施設、医療機関等(分かれば病棟、病室も) ()

☐その他(住所をご記入ください)

(住所)

●【**日程調整者**】

☐被保険者本人 ☐申請者 ☐申請書記載の提出代行者

☐介護関連事業所(事業所名 氏名 TEL)

☐その他(氏名、被保険者との関係及び連絡先をご記入ください。)

(氏名 続柄 TEL)

●【**調査当日の同席者**】

☐あり

☐日程調整者

☐その他(氏名 続柄 TEL)

☐なし

●【**連絡のつきやすい曜日・時間帯**】(平日の午前8時半から午後5時までの時間帯でご記入ください。)

注意:必ず指定の時間帯に連絡できるとは限りません。

☐いつでもよい

☐ (月 火 水 木 金)曜日 / 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで

※配慮すべき点があればご記入ください(長めの呼出し希望など)

()

●【**認定調査員の駐車場所**】

☐あり ☐なし(駐車可能場所:)

●【**サービスの利用状況**】

(例: デイサービス (火曜)、訪問介護 (月曜 9 時～10 時))

※ 調査時に配慮すべきことがあればご記入ください。

(例: 「認知症状は別に聞き取り希望」など、調査時の聞き取りについて等)