**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　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　　）

□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　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　　　　　）

●**【調査当日の同席者】**

□あり

□日程調整者

□その他（氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　）

□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）