

認定調査対象者連絡票

※認定調査を円滑に実施するため、下記太枠内にご記入をお願いします。

被保険者番号		性別	申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更
被保険者 (認定調査対象者)	フリガナ	男・女	現在の要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	氏名			要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
認定調査実施場所 (普段の生活場所)	<input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地)	住民登録地と異なる場合のみ居住地を記入⇒ <input type="checkbox"/> 家族・親族宅 <input type="checkbox"/> 知人・友人宅 <input type="checkbox"/> その他		
		〒 _____ 駐車場所 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明) 近隣パーキング (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明)		
	短期入所利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		電話 () _____	
	所在地・名称 〒 _____		短期入所利用予定日 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	
	所在地・名称 〒 _____		電話 () _____	
現在の生活場所はどちらですか。 <input type="checkbox"/> にしを付け、枠内をご記入ください。 ※認定調査は、平日の日中のみとなります。	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	()病棟()号室 今回の入院日 _____年 _____月 _____日頃		
		・退院予定 _____年 _____月 _____日頃・転院予定 _____年 _____月 _____日頃		
		・入所予定 _____年 _____月 _____日頃・入所及び転院先名称 _____		
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他の施設(ケアハウス、有料老人ホーム等)		入所年月日 _____年 _____月 _____日頃		
※直近1週間以内に、入院等により上記訪問先以外におられた場合はご記入ください。 場所 _____ 期間 _____月 _____日 ~ _____月 _____日頃				
連絡先 (日程調整)	フリガナ			
	氏名	(続柄等)		
	電話 ※【自宅・携帯等】に○をつけ番号を記入 ①【自宅・携帯・職場等】() _____ ②【自宅・携帯・職場等】() _____	希望する連絡時間帯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合 → <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 連絡希望時間帯 → _____時 ~ _____時頃 ※連絡は平日の9:00~17:00の間となります		
立会者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 上記連絡先者(下記氏名等記載不要) <input type="checkbox"/> 施設職員等家族以外(家族の了承済) <input type="checkbox"/> 上記以外】 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____			
申請理由	<input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> 状態の変化(※下記理由欄に理由を記載してください) <input type="checkbox"/> 不明			
区分変更申請理由	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度			
希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()			
主たる疾病				
その他留意事項	※市に伝えておいたほうが良いと思われることがあればご記入ください。(本人に告知していない病名など)			
提出代行者	事業所名	担当者氏名	連絡先	
※市処理欄				