

要介護・要支援認定申請 認定調査連絡票

フリガナ		被保険者との関係	フリガナ	
申請者氏名			ケアマネジャー名	

認定調査について	日 程	【注意事項】 ※ 更新申請の希望調査日は、申請を受け付ける日を含め、平日5日間を空けて指定してください。 ※ 認定調査は、平日の午前中に行います。 ※ 原則として、認定調査の訪問時間は指定できません。 ※ 申請書を提出した順で調査日の調整を行いますので、可能な限り第3希望まで記入してください。 ※ 希望日どおりに調査できない場合がありますのでご了承ください。			
		<input type="checkbox"/> 日にちの希望あり	第1希望 【 年 月 日 (曜日) 】		
			第2希望 【 年 月 日 (曜日) 】		
		第3希望 【 年 月 日 (曜日) 】			
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	
		<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日		
		曜日の希望理由 ()			
	実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅(被保険者証に記載されている住所) <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他()			
		病院名・施設名 (病院の場合、入院している病棟(階)も記入してください)			
郵便番号		〒	電話番号		
住 所					
立会人	<input type="checkbox"/> あり	フリガナ	被保険者との関係	電話番号	
		①氏名			
	<input type="checkbox"/> なし	フリガナ	被保険者との関係	電話番号	
②氏名					
前日の連絡について希望する時間帯	<input type="checkbox"/> 希望なし → ※調査前日(閉庁日の場合はその直近の開庁日)の午後に、体調確認を兼ねて訪問時刻の連絡をします。 <input type="checkbox"/> 希望あり → ※都合が良い時間帯を①②に記入してください。 希望理由 ()				
	①	~	②	※8時30分から16時30分までの間で指定してください。	
訪問時の駐車場	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居	
現在の診療や体の状況	<input type="checkbox"/> ターミナル(がん末期など) <input type="checkbox"/> 透析() 現在、 <input type="checkbox"/> 訪問診療 または <input type="checkbox"/> 訪問看護を受けている <input type="checkbox"/> 難聴(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) → (<input type="checkbox"/> 大きな声なら大丈夫 <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 手話通訳が必要)				
配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 調査前後に、本人を交えず家族や立会人のみでの聞き取りを希望する <input type="checkbox"/> 本人に話してほしくない内容や未告知の病気がある 病名 () <input type="checkbox"/> その他 ()				

※※ 介護保険サービスの利用の意向がない人は、申請する必要はありません。※※

サービスの利用について	【以下のサービスを、 <input type="checkbox"/> すでに利用している <input type="checkbox"/> 利用したいと思っている】 (該当するサービスに「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を付けてください)			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルパー)	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)	<input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護保険施設その他の施設	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 認知症対応型生活介護(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 紙おむつ給付	
	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護	<input type="checkbox"/> その他の介護サービス	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	()	

市記入欄

月 日() 時 分						
				委託の有無【有・無】		
				委託先【R2S・他市町村】		
				その他事業所【 】		
受付者【 】						