

逗子市介護保険認定調査連絡票

記入例

被保険者番号	右寄5桁または6桁の数字	フリガナ	ズシ タロウ
	123456	被保険者氏名	逗子 太郎

1. 認定調査場所と調査に同席する方の有無について

認定調査場所	・下の□にチェックを入れてください。	
	<input type="checkbox"/> 認定申請書に記入の住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他
	施設名: 逗子市立大学附属病院 住所: 逗子市逗子8-1-1 病棟/病室(部屋)番号: 東病棟 101号室 連絡先☎ 046-873-4520	
	住所: 連絡先☎:	
調査同席者の有無	・下の□にチェックを入れてください。	
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (下欄に同席者情報を記入してください)	
	フリガナ ズシ サクラコ 氏名: 逗子 桜子 (続柄: 次女) 連絡先☎: 090-8730-9999 (自宅・ 携帯 ・勤務先)	

2. 訪問調査日時の調整について

調整者	・下の□にチェックを入れてください。後日、認定調査員より電話連絡いたします。	
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人以外	<input type="checkbox"/> 上記1. の調査同席者と同じ方 <input checked="" type="checkbox"/> 上記1. の調査同席者以外の方(下欄に調整者情報を記入してください)
	氏名: 逗子 次郎 (被保険者本人との関係: 次男) 連絡先☎: 046-873-1111	
連絡日・つきやすい	・下の□にチェックを入れてください。	
	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input checked="" type="checkbox"/> 曜日や時間帯指定あり	曜日: (水) 曜日 時間帯: 午前・ 午後 (3) 時頃 具体的日時等:

3. 訪問調査当日の留意事項や申請に至った経緯等

調査すべき点	・病気や心身の状態、認知能力の状況、家族状況、玄関まで出ることができない、ペットがいる等、調査時に配慮すべき点を記入してください。 1年ほど前に配偶者が亡くなって以降、自宅で独居生活となっているが、1か月に1回の頻度で他県に住む次女が様子見を兼ねて帰省している。その次女によれば、最近同じ話を何度も繰り返すことが増えたとのこと。	
申請に至った経緯等	・申請の理由や日常生活での困りごと等を記入してください。新規申請の方は必ずご記入ください。 3か月ほど前より足腰が弱くなり、外出の機会が減少していた。そのような中、3月30日に自宅で転倒、左足付け根の強い痛みを訴えたため救急搬送となり、左大腿骨転子部骨折と診断されそのまま緊急入院した。退院後の自宅での生活に備え、介護保険を使った適切な介護サービス利用を希望する。	

高齢介護課使用欄			
*定期受診(有・無)	*サービス利用(有・無)	*施設(特・老・療・その他)	本人確認
*申請書を窓口へ持ってきた人	本人・家族		介・免・住・健・障・後・個・お知らせ その他()
*包括(東部・中部・西部)	*調査依頼	可能 不可能	申請受付者
		3回目	郵