

返子市介護保険認定調査連絡票

| | | | |
|--------|--------------|--------|--|
| 被保険者番号 | 右寄5桁または6桁の数字 | フリガナ | |
| | | 被保険者氏名 | |

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 type="checkbox"/> 上記以外の場所 | → <input type="checkbox"/> 病院・施設 → <input type="checkbox"/> その他 | 施設名: _____ 住所: _____ 病棟／病室(部屋)番号: _____ 連絡先☎: _____ | 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 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 _____ 氏名: _____ (続柄: _____) 連絡先☎: _____ (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 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 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: _____ (被保険者本人との関係: _____) 連絡先☎: _____ | |
| 連絡日・ときや帯い | ・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 type="checkbox"/> 曜日や時間帯指定あり | 曜日: (_____) 曜日 時間帯: 午前・午後 (_____) 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

| | |
|-----------|---|
| 慮すべき点 | ・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。 |
| 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。 |

| | | | |
|--|------|------------------------------------|-------|
| 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) *申請書を窓口へ持ってきた人 本人・家族 (_____) 居宅介護支援事業所(_____) *包括(東部・中部・西部) *調査依頼 可能 不可能 3回目 | 本人確認 | 介・免・住・健・障・後・個・お知らせ その他(_____) | 申請受付者 |
| | | | 郵 |