

東大和市認定調査連絡票

受付印

この連絡票は、認定調査の前に、ご本人の状況の概要等をお伺いするものです。

ふりがな		介護保険 被保険者番号 (左側0は省略)	
被保険者名			
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 (現在の介護度：)	申請書 提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高齢者ほっと支援センター _____ 担当者 ()

1 利用中のサービスがわかる場合、チェックしてください。

- デイサービス 通所リハビリテーション ショートステイ (利用期間：)
ホームヘルパー 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリテーション 医師、薬剤師等の訪問
福祉用具 住宅改修 介護保険以外のサービス ()

2 調査に伺う場所について教えてください。

- 自宅(住所) 自宅以外の住宅 (住所)
(電話)
病院・施設 (名称 病棟) 退院・転院予定 ()
(住所 電話番号)
入院 (所) 期間 (年 月 日 ~ 年 月 日 (退院 (所) 日のわかる場合は記入))

3 調査時の同席について

※日頃の状況がわかる方の同席をお願いします。ただし、病院・施設の場合は、同席は不要です。

同席可

同席者：氏名(ふりがな) () 続柄 () 対象者と同居 対象者と別居
電話番号 () 日中連絡の取れやすい時間帯 ()

同席不可 調査後別途聞き取りが必要な場合は、上欄に氏名・続柄・電話番号をご記入ください。

4 調査日時の希望を教えてください。 ※調査時間は1時間程度です。

- (1) 調査希望曜日 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 特に希望なし
(2) 調査希望時間帯 午前 (9:00~10:30) 午後 (13:30~15:30) 特に希望なし

5 現在の状況を教えてください。

- (1) ひとり暮らし 夫婦のみ その他
(2) 現在治療中の病気・怪我 記載例：昨年12月から脊柱管狭窄症で腰が痛い。1月に腰椎圧迫骨折で入院。
()
(3) 認知症 記載例：半年くらい前から、物忘れが気になる。先月、迷子になり家に帰れなくなった。
無 有 (認知症の具体的症状：)

6 調査時に配慮が必要なことがあれば教えてください (難聴、病名告知等)。

()

【市処理欄】 前回の認定有効期限 _____ 年 _____ 月末まで 過去調査 (_____ , _____ , _____)

調査日時： _____ / _____ () : _____ ~ _____ 委託先/調査員