**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 | [ ] 新規 [ ] 更新 [ ] 変更(現在の介護度： 　 ) | 申請書提出者 | [ ] 本人 [ ] 家族 [ ] 居宅介護支援事業所 [ ] その他（　　　　）[ ] 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 |