

被保険者氏名	被保険者番号	生年月日（和暦で記載）	現在の介護度	連絡票記入者名・続柄
東大和 花子	123456	S 1 年 1 月 1 日	要介護2	東大和 太郎（夫）

1.代表連絡先について

（1）この申請に対して、確認事項がある際のご連絡先をご指定ください。

フリガナ

ヒガシヤマト タロウ

氏名

東大和 太郎

被保険者との続柄 夫

※平日昼間に連絡の取れる番号を記入してください。

電話番号①

042-XXXX-XXXX

電話番号②

080-XXXX-XXXX

利用中・利用予定サービスに✓

- デイサービス 福祉用具
 ホームヘルパー 訪問入浴
（通所・訪問）リハビリテーション
 住宅改修 訪問看護
 医師・薬剤師等の訪問
 その他（ ）

2.訪問調査

調査立会
ただし

立会いの有無は必ずチェックしてください。
 病院・施設での調査の場合は立会いは原則不要です。

前1週間のご様子を主に伺います。

立会いあり

立ち会われる方の連絡先等をご記入ください。

ご指定いただいた方へ、ご自宅での認定調査日程調整の連絡を
 いたします。入所施設の方の立会い者についても下欄にご記入ください。

1.代表連絡先と同じその他連絡先（詳細を下欄に記入）

フリガナ

ヒガシヤマト ジロウ

氏名

東大和 次郎

被保険者との続柄

長男

電話番号

090-XXXX-XXXX

立会いなし

調査後の聞き取り希望について

希望する 希望しない

希望される場合の連絡先

1.代表連絡先と同じその他連絡先（詳細を下欄に記入）

フリガナ

氏名

被保険者との続柄

電話番号

3.訪問調査実施場所について

（1）調査実施場所について記入してください。（該当の□に✓）

実施場所は、**調査日前1週間、被保険者が生活される場所**を選択してください。入院予定等で生活場所が複数
 想定される場合は、複数選択のうえ、お分かりになる範囲での入院・入所期間を記入してください。

① 自宅（住所）

東大和市中中央3-930

② 入院中（予定）の病院（入院期間）③ 入所中（予定）の施設（入所期間）

1月下旬にショートステイ利用予定あり。期間未定。

④ その他（家族宅等）

（2）調査実施場所が②③④の場合、住所等の詳細を下欄に記入してください。

病院名・施設名・家族名等

未定

（病棟 階）

所在地

（3）入院・入所中の方で、転院・転所もしくは自宅

病院調査の場合、病院名・病
 棟・入院開始日は必ず記入し
 てください。

記入してください。

転院・退院（予定）日

転院・転所先病院・施設名

（病棟 階）

所在地

4.被保険者の現在の状況、訪問調査に伺う際

現在治療中の病気や怪我・既往歴をできる
 だけ記入してください。

（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

（ R7.12 自宅前で転倒し骨折。以前より認知症の診断も受けている。 ）

（3）調査時の留意事項について、該当する項目すべてに✓をつけてください。

 認知症の症状がある（具体的症状） 終末期等のため調査を急いでほしい（状況詳細） 病名を本人に告げていないので配慮してほしい 筆談で聴取してもらいたい 本人のいない場所で聞き取りをしてほしい 同時申請者あり（氏名）

※そのほか、調査員に事前に知らせておきたいことがあれば記入してください。

5.認定調査実施時間のご案内

認定調査は平日のみ実施しています。所

ここは市が記入します。何も記
 入しないでください。

連絡は、順番に市から連絡を差し上げますが、

ご都合がつくお日にちが限られている方は、

東大和市介護保険課 介護認定係（TEL 042-563-2111）までご連絡ください。

有効認定期限

年

月

過去調査

（

/

/

調査日時：

/

（

）

：

委託先／調査員