



申請区分

# 東大和市認定調査連絡票

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
		年 月 日		( )

## 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 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

※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 \_\_\_\_\_ 電話番号② \_\_\_\_\_

**利用中・利用予定サービスに✓**

<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 福祉用具
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
<input type="checkbox"/> (通所・訪問)リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 医師・薬剤師等の訪問
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

## 2.訪問調査時の立会いの有無について（該当の口に✓）

調査立会いは、被保険者の日頃の状況が分かる方をお願いします。調査日前1週間のご様子を主に伺います。  
ただし病院・施設での調査の際には、ご家族の立会いは原則不要です。

### □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 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
被保険者との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

### □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。（該当の口に✓）

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： \_\_\_\_\_ )
- 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： \_\_\_\_\_ )
- 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 \_\_\_\_\_ (病棟 \_\_\_\_\_ 階)  
所在地 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

(3) 入院・入所中の方で、転院・転所もしくは自宅へ戻られる予定がある方は、下欄に記入してください。

転院・退院(予定)日 \_\_\_\_\_  
転院・転所先病院・施設名 \_\_\_\_\_ (病棟 \_\_\_\_\_ 階)  
所在地 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 4.被保険者の現在の状況、訪問調査に伺う際の留意事項

(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 ( \_\_\_\_\_ )

(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 (具体的な症状： \_\_\_\_\_ )
- 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。所要時間は1時間程度です。日程調整の連絡は、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