

申請区分	東大和市認定調査連絡票															
被保険者氏名 東大和 花子	被保険者番号 123456	生年月日（和暦で記載） S 1年1月1日	現在の介護度 要介護2	連絡票記入者名・続柄 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✓ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <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□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。		□立会いなし 調査後の聞き取り希望について <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 希望される場合の連絡先 <input type="checkbox"/> 1.代表連絡先と同じ <input type="checkbox"/> その他連絡先（詳細を下欄に記入）														
<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 2.希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 希望される場合の連絡先 <input type="checkbox"/> 1.代表連絡先と同じ <input type="checkbox"/> その他連絡先（詳細を下欄に記入）														
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。 <input checked="" type="checkbox"/> ① 自宅（住所： 東大和市中央3-930) <input type="checkbox"/> ② 入院中（予定）の病院（入院期間：) <input checked="" type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 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。 <table border="1"> <tr> <td>病院名・施設名・家族名等</td> <td>未定</td> <td>(病棟)</td> <td>階)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3">電話番号</td> </tr> </table>					病院名・施設名・家族名等	未定	(病棟)	階)	所在地	電話番号						
病院名・施設名・家族名等	未定	(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。 <table border="1"> <tr> <td>転院・退院(予定)日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>転院・転所先病院・施設名</td> <td>(病棟)</td> <td colspan="2">階)</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3">電話番号</td> </tr> </table>					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		
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) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の症状がある (具体的症状：) <input type="checkbox"/> 終末期等のため調査を急いでほしい (状況詳細：) <input type="checkbox"/> 病名を本人に告げていないので配慮してほしい <input checked="" type="checkbox"/> 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												