

申請区分		東大和市認定調査連絡票			
更新					
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					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（ ）
(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					
2.訪問調査時の立会の有無について（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			□立会いなし		
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。			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）		
□1.代表連絡先と同じ					
✓その他連絡先（詳細を下欄に記入）			□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			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 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 （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	