

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	ひがしやまと はなこ	被保険者番号	123456
被保険者名	東大和 花子	(左側0は省略)	
申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	申請書提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 同居介護士様(職業) <input type="checkbox"/> その他()
該当する申請区分に✓をしてください。		該当する箇所に✓をしてください。	

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
ホームヘルパー 訪問入浴 訪問看護 訪問リ
福祉用具 住宅改修 介護保険以外のサービス ()

わかる範囲で利用中の介護保険サービスに✓をしてください。

2 調査に伺う場所と同席者を教えてください。

※日頃の状況がわかる方の同席をお願いします。ただ

自宅 自宅以外の住宅(住所)

同席可

氏名※ひらがな(ひがしやまと たろう) 続柄(長男) 対象者と同居 対象者と別居

電話番号(042-XXX-XXXX) 日中連絡の取れやすい時間帯(10-17時)

同席不可 聞き取りが必要な場合は、上() 氏名・

病院・施設(名称 病棟)

入院(所)期間(年 月 日 ~ 年 月 日(退院

本人が現在生活している場所を記入してください。

※その他は、住民票上の住所または施設や病院以外での調査を希望する場合の記入欄です。

※入所先・入院先で調査を行う場合は、施設名・医療機関名、病棟等を記入してください。

認定調査時に立ち会う方の情報の記入をしてください。

※電話番号は日中連絡のつきやすい番号を記入してください。

※同席不可の場合は、本人の様子を調査員へ電話で伝えたい方のみ情報を記入してください。認定調査終了後に調査員からご連絡いたします。

3 調査日時の希望を教えてください。 ※調査時間は

(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

4 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

生活の支障となっていることや、既往歴等を記入してください。

(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。

(今年5月頃に救急搬送。脳梗塞と診断された。心不全の既往歴あり。)

(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(今年5月頃に認知症と診断された。物を失くすことが増え、家族が探している。)

5 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)。

(認知症状について本人がいないところで調査員に伝えたい。)

「大きな声で話してほしい」や「本人の前で話しぶらいこと」がありましたら、()内に具体的に記入してください。

【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