

介護保険 要介護・要支援認定 訪問調査連絡票

受付者:

被保険者番号				フリガナ								
1	1	0	0	0				氏名				
日程調整	フリガナ								(続柄)			
	同席者氏名											
	連絡先		①				(連絡時間)		:	~	:	
			②				(連絡時間)		:	~	:	
	調査希望日		曜日	月	火	水	木	金				
			午前									
			午後									
	調査場所		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 [調査先 :]									
※ 医療機関の場合のみ記入 病棟 () 病室 (号室) 入院期間 [平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日]												
駐車場所												
ショートステイ 利用予定		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						ロングショート				
家族状況		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 () <input type="checkbox"/> 別棟 ()										
身体 の 状 況	傷病名		(発症年月日: 年 月 頃)									
	処置内容		<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()									
			認知症状		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> あり (主な症状:)							
	聞こえづらさ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 大きな声なら可 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 要筆談									
その他調査実施時に注意すべき事項がありましたらご記入ください。												

※ この情報は、介護保険要介護・要支援認定の日程調整のためにご記入いただくもので、目的以外に利用・提供いたしません。

主治医意見書の送付先 → 医療機関 ・ ケアマネ ・ 家族

※ 市記入欄（これより先は記入不要です。）

調査日程	調査員	未定			
		前回 []	前々回 []	前々々回 []	
	調査日時	平成 年 月 日 ()			未定
		午前 ・ 午後 時 分から			
スケジュール	入力済み ・ 未入力				

申請内容	申請日	平成 年 月 日 ()		
	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更		
	変更理由			
	前回認定結果	非該当	要支援 1 ・ 2	
		要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
認定満了日	平成 年 月 日 まで			
その他連絡事項				

発信者(介護保険係)		受信者(認定調査員)	
------------	--	------------	--