

**現況状況(兼)
認定調査連絡票**

調査を円滑に行うため、事前に調査員が把握すべき事項について伺います。
太枠内、ご記入いただき、該当するものを■にしてください。

記入日		被保険者番号		0	0									
<input type="checkbox"/> 新規(初めての申請)		<input type="checkbox"/> 新規(要支援からの区分変更)		<input type="checkbox"/> 区分変更		<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 相談						
被保険者ご本人	フリガナ													
	氏名													
	住所	越谷市												
	生年月日		年齢		歳									
電 話														
主治医	医療機関名													
	主治医氏名		電 話											
	受 診 科		最近の受診日											
	介護認定に係る意見書作成について		<input type="checkbox"/> 了承済 <input type="checkbox"/> 了承予定 <input type="checkbox"/> 了承得ていない											
在宅/施設	<input type="checkbox"/> 在宅													
	<input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名: _____)													
介護認定お持ちの場合	現在の介護度	<input type="checkbox"/> 要支援()		<input type="checkbox"/> 要介護()		有効期間	~							
	サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> あり →		<input type="checkbox"/> ヘルパー		<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 福祉用具					
申請理由	<input type="checkbox"/> サービス利用希望		<input type="checkbox"/> ヘルパー		<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 福祉用具						
	<input type="checkbox"/> 施設入所希望 [希望施設													
<input type="checkbox"/> 主治医(看護師等)のすすめ		<input type="checkbox"/> サービス継続希望		<input type="checkbox"/> 介護量増加		<input type="checkbox"/> 介護量減少								
入院の場合	病院名						病院相談員氏名							
	入院日	月	日	退院・転院日	月	日	<input type="checkbox"/> 退院・転院未定							
	理 由	<input type="checkbox"/> 骨折		<input type="checkbox"/> がん		<input type="checkbox"/> 手術(月 日)		<input type="checkbox"/> その他 [_____]						
ご本人の心身の状況	申請に至った病名・症状等													
	身体 の 状 況	<input type="checkbox"/> 歩けない		<input type="checkbox"/> つえなどを使用すれば歩ける				<input type="checkbox"/> つえなどなしで歩ける						
	生活での介助	<input type="checkbox"/> 必要 →		<input type="checkbox"/> 食事 [_____]		<input type="checkbox"/> トイレ [_____]								
	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 入浴 [_____]		<input type="checkbox"/> 着替え [_____]										
物忘れの有無	<input type="checkbox"/> 認知症による物忘れあり(ひどい物忘れ、徘徊、火の不始末等)		<input type="checkbox"/> 年相応		<input type="checkbox"/> なし									
緊急対応の必要性	※末期がん等により、数日中に緊急の認定調査を必要とする場合のみ、理由等ご記入ください。													
	理 由						暫定サービス利用	<input type="checkbox"/> あり・予定あり		<input type="checkbox"/> なし				
認定調査の立会者連絡先	<input type="checkbox"/> 立会希望なし		<input type="checkbox"/> 立会希望あり		立会者氏名 _____		ご本人との関係 _____							
					平日9時~17時に連絡可能な電話 _____									
※認定調査は、原則、平日9時30分~15時の間に開始し、1時間程度で終了します。 ※認定調査時と普段の生活状況が異なる場合もあります。認定調査にご同席頂き、普段の生活状況や介護の手間についてお聞かせください。(入院中の場合は、立会不要場合があります。)														
認定調査の際の留意点	ご本人に告知していない病名		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(_____)									
	ご本人不在で伝えたいこと		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 調査前		<input type="checkbox"/> 調査後)					
	調査員に配慮して欲しいこと		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり									
[_____]														
認定調査を受ける場所	<input type="checkbox"/> 自宅		〒 _____ - _____ 所在地 _____											
	<input type="checkbox"/> 施設		名称 _____		(_____ 病棟)		電話 _____							
	<input type="checkbox"/> 病院		認定調査の間、調査員の車を駐車する場所(調査時間は1時間程度)											
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(駐車可能場所: _____)									
認定調査予定	<input type="checkbox"/> 委託		<input type="checkbox"/> 市調査		年	月	日	曜日	AM	:	PM	:	調 査 員	
			被保険者証回収		<input type="checkbox"/> 要		<input type="checkbox"/> 不要		調査員 _____					
対応者	<input type="checkbox"/> 面接		<input type="checkbox"/> 電話		相談の場合申請書		<input type="checkbox"/> 配付済		<input type="checkbox"/> 未配付		保険料滞納		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
備考 (主訴・申請経緯等)														

