

申請時連絡票

この用紙は認定調査の日程を決める際の資料となります。
両面をコピーのうえ、申請書に添付してください。

被保険者氏名【 】

※は必須記入事項

※ 1. 認定調査時の対応は、ご本人1人でできますか？ 該当部分を○で囲んでください。

①本人1人で対応できる

普通にできる ・ 大きい声で話せばできる ・ 補（助）聴器を使用するとできる
軽微な物忘れはあるが、電話や伝言等に支障はない

②本人1人では対応できない…②に該当する方は、※3.の項目で、調査時にどなたかのご同席をお願いします。

難聴がある ・ 言語障害がある ・ 手話通訳がいる ・ 重度の視覚障害がある ・ 認知症がある

※ 2. 同居家族 : 有 ・ 無

※ 3. 調査時の同席 : ①同席する
同席者氏名 () 本人との関係 ()

②同席しない

※ 4. 調査日程の打合せ先

この欄には、**昼間に必ず連絡が取れるところ**をご記入ください。

※① 氏名 ()	本人との関係 ()	自宅 ・ 職場 ()	-
		携帯 ()	-
② 氏名 ()	本人との関係 ()	自宅 ・ 職場 ()	-
		携帯 ()	-

※ 5. 調査先 自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他 ()
↳ 駐車場の有無 … 有 ・ 無

6. 被保険者及び同席者の方で通院、通所サービス利用、仕事等で日頃不在で調査できない曜日、時間帯に×印を、又はその予定（デイなど）を記入してください。

※調査希望日に関することでお伝えしたいことがあれば、以下のカッコ内にご記入ください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

7. 身体状況及び調査時の留意点

【裏面】

8. 調査後関係者（ケアマネ・施設・ヘルパー）からの情報収集の必要の有無

①必要なし ②必要あり → （関係者名： _____ 電話番号 _____ ）

9. 現在受けている介護サービス利用の状況（新規申請の方は記入不要です）

- ・訪問介護 () 回/月
- ・訪問入浴介護 () 回/月
- ・訪問看護 () 回/月
- ・訪問リハビリ () 回/月
- ・通所介護 () 回/月
- ・通所リハビリ () 回/月
- ・居宅療養管理指導 () 回/月
- ・福祉用具貸与 月 () 品目
- ・福祉用具販売 月 () 品目/6月間
- ・住宅改修 有 . 無
- ・夜間対応型訪問介護 () 日/月
- ・ショートステイ（特養等） () 日/月
- ・ショートステイ（老健・診療所） () 日/月
- ・特定施設入居者生活介護 () 日/月
- ・認知症対応型通所介護 () 日/月
- ・小規模多機能型居宅介護 () 日/月
- ・認知症対応型共同生活介護 () 日/月
- ・地域密着型特定施設入居者生活介護 () 日/月
- ・地域密着型老人福祉施設入居者生活介護 () 日/月
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 () 回/月
- ・看護小規模多機能型居宅介護 () 日/月