



認定調査連絡票

被保険者氏名		年齢（申請日時点）	歳
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅（ <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 【     】人暮らし（構成員：     ）） <input type="checkbox"/> 病院 【名称：     】 <input type="checkbox"/> 施設 【名称：     】 <input type="checkbox"/> その他【     】		
	住所： 電話番号：		
サービス利用している日（○をつけてください。（ ）は備考）	通所リハビリ（デイケア）	月・火・水・木・金・土・日	（     ）
	通所介護（デイサービス）	月・火・水・木・金・土・日	（     ）
	訪問看護	月・火・水・木・金・土・日	（     ）
	訪問介護（ホームヘルパー）	月・火・水・木・金・土・日	（     ）
	通院・その他	月・火・水・木・金・土・日	（     ）
調査時の立会い	調査立会い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・氏名【     】 ・関係 <input type="checkbox"/> 家族（続柄：     ） <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他（     ） ・電話番号【     】（連絡のとれる番号）		

本人の状態

主な症状・行動	<input type="checkbox"/> 骨折（部位：     ） <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他の病気の発症・重症化（病名：     ）
屋内の移動	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 杖・歩行器など <input type="checkbox"/> 車椅子（自操・介助） <input type="checkbox"/> 寝たきり
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話の繰り返し <input type="checkbox"/> 自分勝手な行動 <input type="checkbox"/> その他（     ）
主治医への受診	申請日3ヶ月以内の受診（予定含む） <input type="checkbox"/> 有（令和     年     月） <input type="checkbox"/> 無
認定後希望するサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具（用具名：     ） <input type="checkbox"/> 住宅改修（場所：     ） <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（     ）
申請理由（「新規申請」の場合は必ず記入）	
留意事項（調査にあたって特に言っておきたいこと、本人の前で言いにくいこと等） <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 言語障がい <input type="checkbox"/> 病名の告知（有・無）	
認定結果の通知先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（下記に通知先を記入） 住所：〒 氏名：     （関係：     ）