

記入例

澁川市介護保険 認定調査連絡票

要介護・要支援認定の申請後、認定調査を行います。調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、下記の事項についてご記入くださいますようお願いいたします。

申請受付窓口 本庁・赤城・北橋・子持・小野上・伊香保・() 包括 記入日: 年 月 日

ご本人のお名前		澁川 太郎	
調査場所	1. 自宅(住所地) 2. 住所地以外()		
	3. 病院・施設名【 <input checked="" type="radio"/> 〇〇病院] B棟 2階		
入院理由:骨折したため			
申請の理由	1. <input checked="" type="radio"/> 利用したい・継続したいサービスがあるため 2. 医療機関等から勧められたため 3. その他		
	具体的な内容:入院により身体機能低下したため、退院後サービス利用したい。		
本人の現在の状況 (お困りの事)	1. 身体面 <input checked="" type="radio"/> 有・無	具体的な内容 例) 歩行器を使用しているが、不安定であり見守りが必要。	
	2. 生活面 <input checked="" type="radio"/> 有・無	例) トイレでの動作に見守りが必要。	
	3. 認知面 <input checked="" type="radio"/> 有・無	例) 多少物忘れがある。	
家族構成	<input checked="" type="radio"/> 1. 家族と同居 2. 高齢者のみの世帯 3. 独り暮らし		
今後希望しているサービス 又は 現在利用中のサービス	例) デイサービスなど		・検討中
ご都合について (日程調整の際、参考にさせていただきます)	上記サービス利用日以外に受診の予定や、都合の悪い日にちをご記入ください。 例) 〇/〇受診・〇/〇都合悪い・毎週水曜日都合が悪い		
調査の同席について	※在宅での調査は、日頃の状況をよく知る方の同席をお願いいたします。 ※施設・病院での調査は、職員に日頃の様子を聞き取りするため、同席は必須ではありません。 同席していただける場合、本人の様子を聞き取らせていただきます。		
	<input checked="" type="radio"/> 1. 同席希望有り	<input checked="" type="radio"/> ① 上記の都合の悪い日や曜日以外、いつでも可能。 ※病院や施設調査の場合、調査先と日程を決めてからご家族へ連絡します。 <input type="radio"/> ② 電話等で日程を相談し、都合を合わせて同席したい。 ※病院や施設調査の場合、ご家族と日程の候補日を相談してから調査先へ依頼し、日程が決まったらご家族へ連絡します。	
	同席できる方のお名前(澁川 一郎 続柄 息子)		
平日日中の連絡先(① 〇△-□〇△〇 ② 〇〇△-□〇□△-〇〇△□)			
2. 同席希望無し ※基本的にご家族様への日程連絡はいたしませんのでご了承ください。			
調査の際に配慮してほしいこと、事前に調査員に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。 ※自宅調査の場合、認知面についての聞き取りに配慮を要する場合はご記入ください。(例:本人とは別室で、等)			
例) 物忘れについて本人の前では話しにくいので、別室での聞き取りを希望します。			

記入者氏名(続柄)