認定調査を円滑に実施するためのものですので、必ずご記入ください。

要介護・要支援認定調査の実施に係る連絡票

<table>
<tr><td>被保険者番号</td><td></td><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>認定調査日</td><td colspan="3">※都合のいい日→○　都合の悪い日→×　を記入してください。
<table>
<tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td></tr>
<tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
※空欄は○とします。
※平日の日中に調査します。ご希望に添えない場合もあります。</td></tr>
<tr><td>調査場所</td><td colspan="3">□自宅　　□自宅以外
場所：
入院(入所)期間：　　から　　まで
その他：</td></tr>
<tr><td>希望サービス
※新規の場合のみ</td><td colspan="3">□訪問介護　□通所介護　□施設入所　□福祉用具（貸与・購入）
□住宅改修　□その他（　　）
□検討中</td></tr>
<tr><td>居住状況</td><td colspan="3">□独居　□夫婦世帯　□子等家族と同居　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>聴力</td><td colspan="3">□問題なし　□少し耳が遠い（大きな声で）　□筆談等が必要</td></tr>
<tr><td>認知症状</td><td colspan="3">□なし　□あり（主な症状　　）　□不明</td></tr>
<tr><td>環境変化</td><td colspan="3">ショートステイ、入退院、入院病棟の変更、施設入退所等で生活の場が変わる予定はありますか？
□いいえ　□はい　□未定
（備考　　）</td></tr>
<tr><td>駐車スペース</td><td colspan="3">□なし　□あり（駐車場所　　）　□不明</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="3">※認定調査にあたり留意すべき事項等がありましたらご記入ください。
（病状を本人に告知していない、調査時本人のいないところで聞いて欲しいことがある。本人が介護を拒否しており、介護認定の調査とは別の名目で調査してほしい等）</td></tr>
<tr><td colspan="4">※第２号被保険者（40 歳～64 歳）の方のみご記入下さい。
特定疾病の確認　特定疾病の原因は、事故または外傷によるものですか？　□いいえ　□はい
（ 原因：　　）
生活保護の確認　生活保護を現在受給中ですか？　□いいえ　□はい</td></tr>
</table>

記　載　例

認定調査を円滑に実施するためのものですので、必

被保険者様の**被保険者番号**及び**氏名**を記入してください。

要介護・要支援認定調査の実施に係る連絡票

被保険者番号	○○○○○	氏　名	××　××

認定調査日

※都合のいい日→○　都合の悪い日→×　を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前	○	○	○	○	○
午後	×	×			

表には都合のいい日、悪い日を○×で記入し、余白には、具体的に都合の悪い日等があれば記入してください。

※空欄は○とします。
※平日の日中に調査します。こ

調査場所

□自宅　　□自宅以外
場所：
入院(入所)期間：
その他：

調査場所を記入してください。自宅以外の場合は、詳細な場所等を記入してください。

希望サービス
※**新規**の場合のみ

□訪問介護　□通所介護　□施設入所
□住宅改修　□その他（
□検討中

新規申請の場合のみ、利用希望のサービスにチェックを入れてください。

以下の項目については、被保険者様の状況や状態について、該当項目にチェックを入れてください。

居住状況

□独居　□夫婦世帯　□子等家族と同居　□そ

聴力

□問題なし　□少し耳が遠い（大きな声で）

認知症状

□なし　□あり（主な症状

環境変化

ショートステイ、入退院、入院病棟の変更、施設入退所等で生活の場が変わる予定はありますか？

□いいえ　□はい　□未定

備考

駐車スペース

□なし　□あり（駐車場所　　）　□不明

その他

※認定調査にあたり留意すべき事項等がありましたらご記入ください。
（病状を本人に告知していない、調査時本人のいないところで聞いて欲しいことがある。本人が介護を拒否しており、介護認定の調査とは別の名目で調査してほしい等）

認定調査にあたり留意すべき事項や**同席者に関して注意すべき事項**等を具体的にご記入ください。

※第２号被保険者（40 歳～64 歳）の方のみご記入下さい。

特定疾病の確認　特定疾病の原因は、事故または外傷によるものですか？　□いいえ　□はい

（ 原因：　　）

生活保護の確認　生活保護を現在受給中ですか？　□いいえ　□はい

ケアマネージャーさんへ：調査に同席されず、本人等が現在お使いのサービス等を把握されていない場合は**欄外に**内容の記載お願いします。