

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

被保険者番号	00000	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
	午前	○	○
		水	木
午後	×	×	○
		金	
	※空欄は○とします。 ※平日の日中に調査します。		
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 場所： 入院(入所)期間： その他：		
希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ ※ 新規の場合のみ <input type="checkbox"/> 検討中		
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 子等家族と同居 <input type="checkbox"/> その他		
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 少し耳が遠い（大きな声で）		
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 未定 備考		
駐車スペース	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（駐車場所 ） <input type="checkbox"/> 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）		
特定疾病の確認	※第2号被保険者（40歳～64歳）の方のみご記入下さい。 特定疾病の原因は、事故または外傷によるものですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい （原因： ）		

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。

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。

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。

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。

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をお願いします。