**要介護認定訪問調査連絡票**

受付者

この用紙は、事前に本人の様子を知り、調査員・日程を決めるためと、その日程を家族・施設に

連絡する等、重要な資料となりますので必ず認定申請書と一緒に提出願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 |  | →過去の申請 | ＜支援＞　　　　　　　 　＜介護＞ |  |
|  | 現在の要介護認　定 | ＜支援＞ | ＜介護＞ |
|  | 期 間 |  | ～ |  |
| 本人氏名 |  | 生年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | （満 |  | 歳） |
| 被保険者番号 |  | 自宅電話番号 |  |
| 担当ケアマネジャー |  | 連絡先電話番号 |  |
| 本人の状況 | ｱ．入所・入院の有無 |
|  | （嘱託区名 |  | ） |  |  | 施設・病院名 |  |  |
| ※地域サロン等の利用：　 | 電話番号 |  |
| ｲ．世帯状況 |  | （続柄 |  | ） |
| ｳ．認知症状 |  | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ｴ．意思の疎通（面接時の応答） |  |
|  |
| 調査日程調整 | ｵ．調査時の家族・親族等の同席 |  |
| ｶ．同席者の連絡先　（日中に日程調整の連絡をしますので、連絡がつく電話番号を記入してください。） |
| ➊ 氏名（ |  | ） 続柄（ |  | ） 住所（ |  | ） TEL（ |  | ） |
| ❷ 氏名（ |  | ） 続柄（ |  | ） 住所（ |  | ） TEL（ |  | ） |
| 🔶キーパーソン ： 氏名( |  | ) 続柄( |  | ) TEL( |  | ) |
| ｷ．本人の都合が悪い日 （病院の受診日など…） 、時間帯に×をつけてください。 |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |  |
| 午前 |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |
| 更新・区分変更の方 | ｸ．デイサービス、訪問看護等の利用 | 事業所名（ |  | ） TEL（ |  | ) 利用日( |  | ) |
| 事業所名（ |  | ） TEL（ |  | ） 利用日（ |  | ) |
| 事業所名（ |  | ） TEL（ |  | ） 利用日（ |  | ） |
| ｹ．住宅改修の有無 | ① 過去に　 | ( |  | 年 |  | 月 |  | 日改修) |  |
| ② 今後の住宅改修希望　 |  |
| ｺ．福祉用具貸与の有無 |  | ( |  | ) |  |
| 新規申請の方 | ｻ．介護が必要となった原因　（**新規申請のみ**回答ください） |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 備　考 | ★現在（直近１ヵ月）のご本人の状態をご記入ください。 |
|  |

御 船 町