要介護認定訪問調査連絡票

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。

受付者

申請区分

1. 新規申請 →過去の申請 あり【<支援> 1 2 <介護> 1 2 3 4 5 非該当 】 なし		
2. 更新申請	現在の要介護	<支援> 1 2 <介護> 1 2 3 4 5
3. 区分変更申請		期 間 ～

本人氏名		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 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

1. 居宅（嘱託区名 ） 2. 入所・入院（施設・病院名 ： 電話番号 ：）

※ 地域サロン等の利用： 有 ・ 無

ｲ. 世帯状況 1. 一人暮らし 2. 同居家族あり （続柄 ）

ｳ. 認知症状 1. なし 2. あり （ ①軽度 ②中度 ③重度 ）

ｴ. 意思の疎通（面接時の応答） 1. しっかりしている 2. やや難 3. 難

① 意識なし ② 認知症 ③ 難聴 ④ 失語症 ⑤ 上手に話せない ⑥ 筆談 ⑦ 手話

調査日程調整

ｵ. 調査時の家族・親族等の同席 1. できる 2. できない

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。）

❶ 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・区分変更のみ

ｸ. ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ、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 有（ 年 月 日改修） 無

② 今後の住宅改修の希望 有 ・ 無

ｺ. 福祉用具貸与の有無 1. 有（ ） 2. 無

新規申請のみ

ｻ. 介護が必要となった原因（新規申請のみ回答ください）

a. 脳血管疾患（脳卒中）	b. 心疾患（心臓病）	c. 悪性新生物（がん）	d. 呼吸器疾患
e. 関節疾患	f. 認知症	g. パーキンソン病	h. 糖尿病
i. 視覚・聴覚障害	j. 骨折・転倒	k. 脊髄損傷	l. 高齢による衰弱
m. その他	n. わからない		

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