

(裏面)

認定調査連絡票

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、下記事項について、該当するものにつ
け、具体的な状況についてご記入ください。

調査対象者 氏名			
要介護認定を申請した理由			
現在利用しているサービスには と1か月の利用回数等、これから利用したいサービスには、 をつ けてください。			
ホームヘルプサービス	回/月	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	
デイサービス・デイケア	回/月	介護老人保健施設	
訪問看護	回/月	介護療養型医療施設	
ショートステイ		グループホーム	
訪問入浴サービス	回/月	配食サービス	
住宅改修		その他()	
福祉用具貸与・購入		利用なし(理由)	
現在、生活されて いるところ	1. 在宅 2. 入院・入所(年 月 日ごろより入院(入所)) 病院(施設)名(階 号室) 退院(所)の予定(なし・あり(月 日頃)) 3. その他()		
現在のお体の状況	1. 治療中の病気がありますか ない・ある() 2. 日常会話に支障がありますか ない・ある()		
ご家族の状況	家族と同居・高齢者のみ・一人暮らし		
身障手帳の有無	なし・あり()級(障害名)		
調査時に同席でき る方	1. 同席者 いる・いない・都合が合えば同席する 氏名()ご本人との続柄() 2. 日中の連絡先 自宅・勤務先・携帯 (TEL) 3. 連絡希望時間(AM・PM : ~ :) 都合の悪い曜日や時間帯など(曜日) (AM・PM :)		
調査の際に配慮すること等			

以下は記入しないでください。

被保険者証	返却 ・ 未返却
連絡事項	