

認定調査連絡票 (新規 更新 区分変更) 包括への情報提供同意 (新規の方のみ)

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅： (宅) 住所：		駐車場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (最寄駐車可能場所：)																		
	<input type="checkbox"/> 病院・施設 名称： _____ 病棟・号室： _____ 所在地： _____ 担当ソーシャルワーカー： _____ 電話番号： _____ 駐車場： <input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料 ()																				
調査日	※調査は、平日の 9:00～17:15 の間に行います。都合の悪い曜日に×を記入してください。																				
	<table border="1"> <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>		月	火	水	木	金	午前						午後						都合の悪い日があれば、併せて日にちをご記入ください。 月 日 月 日	
	月	火	水	木	金																
午前																					
午後																					
調査日を決める連絡先	フリガナ 氏名： _____ (続柄：) 電話番号： ① _____ 連絡が取りやすい時間帯： ② _____																				
調査の立ち会い者	<input type="checkbox"/> 希望する (フリガナ 氏名： _____ 続柄：) <input type="checkbox"/> 希望しない																				
調査の留意点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 病名・症状を告知していない <input type="checkbox"/> 本人の調査 (申請) への理解ができていない <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 夫婦同日調査 <input type="checkbox"/> 交通事故が原因 <input type="checkbox"/> 室内でペットを飼っている (種類：) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 調査後に別室や電話での聞き取りを希望 (本人の前で話しにくいことがある) ・内容 (例…認知症状や排泄状況等)： ・方法： <input type="checkbox"/> 別室聞き取り <input type="checkbox"/> 調査後電話 <input type="checkbox"/> その他 ()																				
被保険者の状況	家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居：家族構成																				
	申請に至った経緯 (区分変更の場合はきっかけとなった経緯)																				
	既往歴：																				
	主治医の受診状況 前回受診日： 年 月 日 / 次回受診日： 年 月 日																				
現在利用している介護サービスと新たに希望するサービス ※現在利用している介護サービスには✓を、これから新たに希望する介護サービスには○を付けてください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> リハビリ (訪問・通所) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修																					
担当(子) 電話	氏名： _____ 事業所名： _____ 電話番号： _____ 調査時立ち会い： <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない																				