□ 新規・□ 更新・□ 区分変更　　認定調査連絡票

被保険者氏名		年齢：　歳(申請日時点)　性別【 男・女 】
生活状況：□ １人暮らし　□【　　】人暮らし（構成員：　　）		
☆具体的な本人の現在の状態　例：物忘れが増えた/薬の飲み間違いがある/〇〇が原因で現在入院中。　等		
※ 新規申請・区分変更申請の場合は申請の理由の記載もお願いします。		
ケアマネ氏名：　　事業所名：　　連絡先：		

調査先		
	□ 自 宅　駐車場　□有・□無【駐車できる場所：　　】	
	□ 病 院　【名称：　　病棟・部屋番号など：　　】	
	□ 施 設　【名称：　　□有料 □老健 □特養 □サ高住】	
	□その他　【　　】	
	住所：	電話番号：
	入院(入所)期間：　年　月　日 ～　年　月　日（□未定 または □予定なし）	

調査可能な曜日に〇を記入してください		月	火	水	木	金	調査時留意すべき事など
	午　前						
	午　後						※認知症状について本人のいない所での聞き取り希望　等

調査時の同席について

□ 施設職員・看護師
□ 家族
□ 同席なし

☆訪問調査時の連絡先 （「同席なし」の場合は記入不要）

同席者氏名【　　】 関係【　　□同居 □別居 】

電話番号【(　　)　　－　　】

その他(つながりやすい時間帯など)【　　】

申請日時点の本人の状況（入院中等で不明な場合は自宅での状況）現在→□在宅　□入院　□施設入所

主な症状・行動	
屋内の移動	□独歩　□杖・歩行器など　□車椅子(自操・介助)　□寝たきり
自力での食事	□問題なし　□声かけ・見守りなど　□全介助　□経管栄養
排泄	□問題なし　□ポータブル・尿パット・トイレを汚すなど □ オムツ・カテーテル・ストーマなど　□その他（　　）
認知症状	□年齢相応に判断できる　□物忘れ〔軽度・重度〕□妄想　□暴力・抵抗　□徘徊 □意思疎通が困難〔発語　有・無〕□その他〔　　〕
直近1ヶ月の怪我	□無　□有【時期：　月　日　怪我をした部位：　　】
□利用中のサービス □希望するサービス	□通所介護(週　　日)　□訪問介護(週　　回)　□訪問看護(週　　回) □通所リハビリ(週　　日)　□訪問リハビリ(週　　日) □福祉用具(用具名：　　)　□住宅改修(場所：　　) □短期入所　□施設入所　□その他(　　)

【重要】悪性疾患等の診断を〔受けていない・受けている〕→ 本人に告知を〔していない・している〕