

☐ 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をお願いします。							
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○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						※認知症状について本人のいない所での聞き取り希望 等
	午後						
調査時の同席について		☆訪問調査時の連絡先（「同席なし」の場合は記入不要）					
☐ 施設職員・看護師		同席者氏名【 】 関係【 ☐ 同居 ☐ 別居 】					
☐ 家族		電話番号【() — 】					
☐ 同席なし		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〕	