

# 調査連絡票

※この確認表をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日を相談させていただきます。

申請区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規申請 ・更新申請</li> <li>・区分変更申請（状態悪化・認定結果の不服）</li> <li>※区分変更申請の場合は前回と比べ、どの様な介護の手間が増えているのか併せて記載。</li> </ul>
------	--

①主訴	・現在困っていること、心配なこと、不安なこと
-----	------------------------

② 本人の 身体・ 生活状況	現病歴等	[ ]
	歩行状態	（・杖無し歩行 ・杖歩行 ・歩行できない）
	認知状況	（・ない ・あるかもしれない ・ある ・分からない ） （症状： ）
	介助が必要な日常生活動作	（・あり ・なし ）→ありの場合、下記該当に○ （移動・食事・調理・買い物・掃除洗濯・トイレ・入浴・更衣・服薬管理・その他） [ ]

③ 希望するサービス	1. 通所サービス（・機能訓練 ・入浴 ・食事 ・創作活動 ）		
	2. 訪問サービス（・掃除 ・洗濯 ・入浴介助 ・食事介助 ・服薬介助 ）		
	3. デイケア	4. ショートステイ	5. 訪問看護
	6. 訪問入浴	7. 福祉用具レンタル・購入	8. 住宅改修
	9. 施設入所	10. その他（ ）	

④訪問時に必要な事項	連絡先	・本人 ・本人以外（ ） ・ケアマネ（ ）		
	訪問先 <small>※希望先に○をつけて下さい</small>	自宅	同居人（有 ・ 無 ）	
		自宅以外	住所：  電話番号	
		病院又は施設	（ 号室） 退院・退所予定日 有（ 月 日 ） ・ 無	
	希望日	無 ・ 有（ ） <small>※訪問調査は、月曜日から金曜日の9時から15時半で約1時間程度です。</small>		
	その他	調査訪問時の同席者の有無		
		有 [ 同席者氏名 続柄： ] 無	電話番号	
		次回診察日	月 日	
		駐車場の有無	有（場所 ） ・ 無	