

調査連絡票

※この調査連絡票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	☐ 新規申請 ☐ 更新申請 ☐ 区分変更（ ☐ 状態悪化 ☐ 認定結果の不服 ☐ 状態改善） ※区分変更申請で状態悪化の場合は、前回と比べ増えている介護の手間をご記入ください。 ()		
申請理由	☐ 状態の改善 ☐ 状態の悪化（入院など） ☐ 病院（医師など）の勧め ☐ 家族の勧め ☐ 介護サービスの利用検討 ☐ 通所サービス ☐ 訪問サービス ☐ 施設入所 ☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修 ☐ その他（ ） ☐ その他（)		
本人の 状態等	現在の病気	☐ なし ☐ 認知症 ☐ 骨折（ ） ☐ がん（種類： ） ☐ 透析 ☐ その他（)	
	認知症	☐ なし ☐ あり ☐ ありの疑い（症状： ） ☐ 不明	
	聴力	☐ 問題なし ☐ 少し耳が遠い ☐ かなり耳が遠い ☐ 筆談等が必要	
	☐ 医療保険（医療機関）のリハビリを受けている。 ※医療保険（医療機関）のリハビリを受けている場合は、疾患等により介護保険のサービス（リハビリ）が優先となり利用できなくなる可能性があるため、医師（病院）にご確認ください。		

訪問時に 必要な 事項	訪問日時を調整する人	☐ 本人（連絡先(携帯等)：) ☐ 申請者 ☐ その他 ※病院・施設職員、ケアマネジャー、ご家族等の場合は、下記へ記入してください。 (氏名： 続柄等： 連絡先(携帯等)：)																						
	訪問調査の立ち会い	☐ なし ☐ あり※立会者や日程調整後の連絡の有無などの詳細がある場合は、下記に記入してください。 (氏名： 続柄等： 連絡先(携帯等)：)																						
	訪問先	☐ 自宅 同居人（ ☐ あり ☐ なし）																						
		☐ 自宅以外 (住所： 連絡先(携帯等)：)																						
		☐ 病院： (棟 号室) ☐ 施設： 転院・退院・退所(予定)日（ 月 日）																						
	希望日	☐ あり（ ） ☐ なし 本人及び同席する人の都合の悪い曜日等（デイ等サービス利用日時を含む）に、×をご記入ください。 <table><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> ※訪問調査は平日の午前9時30分～午後3時で1時間程度です。 ※希望に沿えない場合があります。						月	火	水	木	金	午前						午後					
		月	火	水	木	金																		
	午前																							
午後																								
診察日	直近の診察日（ 年 月 日）		次回の診察日（ 年 月 日）																					
調査当日調査員が使用できる駐車場	☐ あり（ ☐ 敷地内 ☐ 敷地外（場所： ） ☐ 高さ・幅に制限あり） ☐ なし																							
ペット	☐ あり（種類： ☐ 犬 ☐ 猫 ☐ その他（ ）／ ☐ 屋内 ☐ 屋外） ☐ なし ※ありの場合、調査に支障が出ることがありますので、ご配慮をお願いします。																							
その他	※調査当日の注意点などあればご記入ください。																							