

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	・新規申請 ・更新申請 ・区分変更申請（状態悪化・認定結果の不服） ※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。
------	--

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 ※希望先に○をつけて下さい	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（ ） ※訪問調査は、月曜日から金曜日の9時から15時 で約1時間程度です。	
	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	