

# 認定調査連絡票

※太枠内をご記入ください。

被保険者氏名			提出代行者の場合、担当者名・連絡先を記入してください。	
			担当者	連絡先
調査立会者	氏名		続柄	
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 家族 ( ) ※同居・別居 ( ) ※理由	
			<input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	立会者と日中連絡が取れる電話番号	①	— —	自宅・携帯・勤務先・( )
	②	— —	自宅・携帯・勤務先・( )	
	③	— —	自宅・携帯・勤務先・( )	
調査希望日時 ※土・日曜日はできません ※調査は基本午前中に行います	<input type="checkbox"/> ない、若しくは電話にて日程調整をする。		都合が良い日	
	9:00 10:00 11:00 13:30(午前の調査ができない方のみ) 午前中調査できない理由( )		都合の悪い日 (○印で囲む)	
調査場所 ※ご自宅に駐車スペースが無い場合、近隣の情報提供のご協力をお願いします	<input type="checkbox"/> 自宅敷地内の駐車スペース(有/無) ※太字を丸で囲む			
	<input type="checkbox"/> 自宅・近隣の( )様にお問い合わせ(可/不可)可の場合→日程調整時に確認了承(未/済)			
	<input type="checkbox"/> 他( )に駐車 依頼先連絡(未/済) 確認者( )			
	<input type="checkbox"/> 病院・施設		名称	電話番号
		所在地		
<input type="checkbox"/> その他		場所	理由	
調査時の注意点等	<input type="checkbox"/> 手話通訳		<input type="checkbox"/> 本人の前では認知症のことは聞かないでほしい	
	<input type="checkbox"/> ホワイトボード		<input type="checkbox"/> 未告知の病気がある。( )	
	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> あり →		<input type="checkbox"/> 詳しいことは、家族より聞いてほしい (別室・別場所)		
現在サービスの利用	<input type="checkbox"/> ある		内容(ない場合は希望等)	
	<input type="checkbox"/> ない			

## 確認事項(事務局、提出代行者のみ記入)

状態安定

● 状態変化の有無(過去1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 発熱	発症月日	部位	受付者
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 骨折	月 日		
	<input type="checkbox"/>			
● 現在入院の場合	原因	退院の目処	連絡	予約時
月 日入院		<input type="checkbox"/> 月 日退院	月 日以降に	
		<input type="checkbox"/> 調査・認定後退院	連絡・調査	前日

連絡事項

## 訪問調査

調査予定日	月 日 ( ) :	連絡日	予約確認者
備考欄			