

飯塚市 介護保険施設認定調査連絡票

施設名

担当者名

連絡先

認定調査予定日 年 月 日

	開始時間	氏名	立会者	
1	:		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職員	氏名
	調査時の 注意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/>	・ ホワイトボード が必要
	● 状態変化の有無(過去1ヶ月) <input type="checkbox"/> なし 状況等(発症月日、部位等を詳しく) <input type="checkbox"/> ある →			

	開始時間	氏名	立会者	
2	:		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職員	氏名
	調査時の 注意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/>	・ ホワイトボード が必要
	● 状態変化の有無(過去1ヶ月) <input type="checkbox"/> なし 状況等(発症月日、部位等を詳しく) <input type="checkbox"/> ある →			

	開始時間	氏名	立会者	
3	:		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職員	氏名
	調査時の 注意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/>	・ ホワイトボード が必要
	● 状態変化の有無(過去1ヶ月) <input type="checkbox"/> なし 状況等(発症月日、部位等を詳しく) <input type="checkbox"/> ある →			

※ 立会者が家族の場合、時間の調整等は施設にお願いします。

連絡日	予約確認者	備考	受付者