

【認定調査確認連絡票】	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 0 0	被保険者氏名	春日 太郎
--------------------	--------	---------------------	--------	-------

連絡先 家族	<input type="checkbox"/> 表面に記載した申請者に同じ	担当ケアマネージャー 氏名
	氏名 春日 二郎 住所 〒 816 - 0831 電話番号 (092) 571 - 3234 (続柄) 長男 福岡県春日市大谷6-28	

○家族連絡先
申請内容について確認が取れる家族の連絡先を記入してください。
表面に記載した申請者と同じ場合には【表面に記載した申請者に同じ】に☑してください。

○担当ケアマネージャー氏名
更新申請の場合など、担当ケアマネージャーが決まっているときは記入してください。

申請の理由
新規・更新申請の場合、介護認定申請を希望する理由を記入してください。
区分変更や要支援者新規申請の場合、前回認定時から身体状況や認知面について変化した点を具体的に記入してください。
**【新規・更新の場合】 認定申請を行う理由や心身の状況、
【区分変更・要支援者新規】 状態変化のあった点(身体や認知面)について具体的に記入してください。**

訪問調査について	調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 () 住所 〒 - 電話番号 () - (病院・施設名:)
	調査日時を調整する方	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 家族連絡先 <input type="checkbox"/> その他 (フリガナ) 電話番号 () - 氏名 続柄 (自宅・携帯・勤務先等) ※日中連絡が取れる電話番号の記載をお願いします。
	調査に立会いされる方 (※本人に認知症状がある場合は立会いをお願いします。)	<input type="checkbox"/> 立会者なし <input checked="" type="checkbox"/> 日程調整者に同じ <input type="checkbox"/> 家族連絡先 <input type="checkbox"/> その他 (フリガナ) 電話番号 () - 氏名 続柄 (自宅・携帯・勤務先等) ※日中連絡が取れる電話番号の記載をお願いします。
	都合の悪い曜日・時間帯	(本人) (立会者) 毎週水曜の午前中
	調査員が車を停める場所がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (敷地内)・その他 () → 車庫の高さは2mありますか <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無 → 近隣にコインパーキングはありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	調査時に本人に配慮することがありますか	「未告知の病名等あるため言わないで欲しい」や「本人の前で立会者が話づらいことがある」など 【例】認知面に関する調査項目については、家族から別室で聞き取りをして欲しい。 (調査時に本人に特別に配慮することがあれば、記入してください。)

○調査場所
調査場所に☑をつけてください。
自宅以外の場所を希望する場合は、住所等も記入してください。

○調査日時を調整する方
日時を約束する方に☑をつけてください。

○調査に立会いされる方
立ち会いされる方に☑をつけてください。
(認知症状がある場合は、必ず日頃の状況がわかる方の立会いをお願いします。)

○都合の悪い曜日・時間帯
通院やサービス利用などで事前に都合が悪い日がわかっていれば記入してください。

○駐車場の有無
調査場所の駐車場について記入してください。

被保険者について	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所
	治療中の疾患がありますか	<input type="checkbox"/> 骨折(部位)) <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞など) <input type="checkbox"/> 癌(部位)) → (<input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 緩和ケア) <input type="checkbox"/> その他 () ※ 感染症等の有無について → <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	歩行(室内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助ありで摂取可 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可(点滴や経管栄養)
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (5分前の出来事を忘れるなど、認知面で気になる症状を具体的に記載してください)
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なことならできる <input type="checkbox"/> 出来ない
	視力障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

○被保険者について
該当する箇所に☑を記入してください。

サービスについて	【新規申請の方のみ】 利用したい介護サービスは何ですか	① 在宅でのサービス希望 <input checked="" type="checkbox"/> 通所(デイサービス等) <input type="checkbox"/> 訪問(ヘルパー等) <input type="checkbox"/> 福祉用具(貸与・販売) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 ()
	いつから利用したいですか	② <input type="checkbox"/> 施設入所希望 <input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input checked="" type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> すぐの利用は検討してない
	【更新・変更申請の方のみ】 介護サービスの利用状況 障害福祉サービスを利用していますか	現在、ご利用中の介護サービスの内容や利用回数についておしえてください。 () <input checked="" type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ()

○サービスについて
【新規申請】
今後、利用したい介護サービスを記入してください。
【更新・変更申請】
現在、ご利用中の介護サービスの利用の曜日や回数など記入してください。

現在、障害サービスや医療保険を使用しているかどうか記入してください。

その他	介護補償給付の有無	現在、仕事上の傷病等から介護補償給付を受けていますか ⇒ (はい・ (いいえ))
	第三者行為の有無	介護保険サービスが必要な身体状態になった原因は、交通事故等(第三者行為)によるものですか ⇒ (はい・ (いいえ))

○その他
交通事故などで、介護サービスが必要な状況になった場合に届出が必要となりますので、該当の場合は、記入してください。