

## 認定調査連絡票

認定調査を円滑に実施するために、下記についてご記入ください。

|             |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護認定を受ける方   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1. 申請理由     |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 申請の区分       | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 事業対象者から要介護(要支援)認定申請                                                                                                                                                       |
| 申請理由        | <div> <input type="checkbox"/> 本人が決めた      <input type="checkbox"/> 家族で話し合って決めた         </div> <div> <input type="checkbox"/> 介護保険申請を勧められた（誰に：         </div>                                                                                                |
| 家族構成        | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 子ども家族と同居<br><input type="checkbox"/> その他（                                                                                                                         |
| 2. 訪問調査について |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 調査場所        | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（                                                                                                                                                                        |
|             | <div>             ↓ ※ 入院日(20             年             月             日)           </div>                                                                                                                                                                     |
| 入院中の方       | 病院名         病院（病棟：                                                                                                                                                                                                                                           |
|             | 退院の予定 <div> <input type="checkbox"/> あり【時期：           退院先：<input type="checkbox"/> 自宅    <input type="checkbox"/> その他(         </div> <div> <input type="checkbox"/> 転院予定【時期：           転院先：         </div> <div> <input type="checkbox"/> 未定         </div> |
|             | 病院調査の立会い <div> <input type="checkbox"/> 希望する（ただし、病院側が不可の場合は立会いできません）           <input type="checkbox"/> 希望しない           <div>             ↳ 調査日の連絡    <input type="checkbox"/> 必要    <input type="checkbox"/> 不要           </div> </div>                     |
| 日程調整の連絡先    | <div>             ふりがな             続柄             電             ※平日日中に連絡が取れる番号           </div> <div>             氏 名             電話           </div>                                                                                                        |
| 調査に立会う方     | <input type="checkbox"/> 上記日程調整の連絡先の方<br><input type="checkbox"/> その他（氏名：         連絡先：                                                                                                                                                                       |

※ 裏面に続きます。

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 調査時の<br>留意点<br>(複数選択可)                                                           | <input type="checkbox"/> 敷地内に駐車スペースがないため、周辺の道路に駐車してほしい。<br><input type="checkbox"/> 介護認定調査とはせず、健康調査として調査を行ってほしい。<br><input type="checkbox"/> 認知症症状に関する聞き取りは、本人がいないところで行ってほしい。<br><input type="checkbox"/> 本人には告知をしていないので、病気には触れないでほしい。<br><input type="checkbox"/> 感情の起伏が激しいので、聞き取りには気を付けてほしい。<br><input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 2px solid #0070C0; border-right: 2px solid #0070C0; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> |
| 3. 介護認定結果が出る前の介護サービス利用について                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 結果が出る前に利用開始する。<br><input type="checkbox"/> 結果が出てから利用する。 | <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> </div> 担当： <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

この連絡票の写しを、認定調査実施のため、出雲崎町または町が委託する認定調査員に対して提供することに同意します。

同意者 \_\_\_\_\_ (本人との関係： \_\_\_\_\_)