



記載例

認定調査連絡票

認定調査を円滑に行うため、あらかじめ認定調査員が把握すべき事項について伺います。  
 \*該当するものにチェック☑をしてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 新規（初めての申請）		<input type="checkbox"/> 新規（支援からの区分変更）		<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 区分変更	
フリガナ	カシワ タロウ			性別	申請書記入者 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（長女） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 氏名 <b>柏 花子</b> TEL 090-●●●●-●●●●		
氏名（本人）	<b>柏 太郎</b>			男 女 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> サービス利用希望 （ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 施設入所（ <input type="checkbox"/> 入所中, <input type="checkbox"/> 入所希望） <input type="checkbox"/> 主治医（看護師等）の勧め <input type="checkbox"/> サービス継続希望 <input type="checkbox"/> 介護量増加						
入院の場合	入院の理由： <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他の疾病（ ） 入院日： 月 日 退院予定日： 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 退院未定 本人の状態： <input checked="" type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定（ICU・急性期など） 手術： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり： 4月 5日						
本人の心身の状況	申請に至った病名または症状 [ 転倒により大腿部骨折し現在リハビリ中。退院後もリハビリを行いたい。 ]						
	物忘れ	<input type="checkbox"/> 認知症による物忘れがある <input checked="" type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> なし					
調査を受ける場所	<input type="checkbox"/> 自宅 〒277-0000 TEL 04-◆◆◆◆-1234 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 住所 <b>柏市▲▲1-2-3</b> <input type="checkbox"/> 施設 名称 <b>●●リハビリテーション病院 3階</b> <input type="checkbox"/> その他						
	調査員の車を駐車するスペース <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 駐車可能場所（ <b>病院駐車場</b> ）						
調査の立会	<input type="checkbox"/> 立会希望なし ※認知症のある方は立会をお願いいたします。 <input checked="" type="checkbox"/> 立会希望あり 立会者氏名（ <b>柏 花子</b> ） 本人との関係（ <b>長女</b> ） 日中連絡の取れる電話（ <b>090-●●●●-●●●●</b> ）						
立会者「あり」の場合 調査時留意点	本人に告知していない病名 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 本人不在で伝えたいこと <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 調査前 <input checked="" type="checkbox"/> 調査後 ） 調査員に配慮して欲しいこと <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり [ <b>耳が聞こえにくいので、大きな声で話してほしい。</b> ]						
担当ケアマネジャー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名 _____ 氏名 _____ TEL _____						

以下、市記入欄

柏市高齢者支援課

窓口聞き取り 追記欄	記入者						
調査日	<input type="checkbox"/> 市調査 / ( ) 【           】 時 分			<input type="checkbox"/> 委託調査			
受付番号	確認2	確認1	入力	受付	日常生活 状況申出書	保険証	收受印  有・無・持 有・無
					有・無・持	有・無	