

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。

☐ 新規（初めての申請）		☐ 新規（支援からの区分変更）		☐ 更新		☒ 区分変更	
フリガナ	カシワ タロウ			性別	申請書記入者	☐ 本人 ☒ 家族（長女） ☐ ケアマネジャー ☐ その他 氏名 柏 花子 TEL 090-●●●● - ●●●●	
氏名（本人）	柏 太郎			男・女			
申請理由	☒ サービス利用希望 （ ☐ ヘルパー ☐ デイサービス ☒ デイケア ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具 ☐ その他） ☐ 施設入所（ ☐ 入所中、 ☐ 入所希望） ☐ 主治医（看護師等）の勧め ☐ サービス継続希望 ☐ 介護量増加						
入院の場合	入院の理由： ☒ 骨折 ☐ がん ☐ その他の疾病（ ） 入院日： 月 日 退院予定日： 月 日 ☒ 退院未定 本人の状態： ☒ 安定している ☐ 不安定（ICU・急性期など） 手術： ☐ なし ☒ 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	☐ 認知症による物忘れがある ☒ 年相応 ☐ なし					
調査を受ける場所	☐ 自宅 〒277-0000 TEL 04-◆◆◆◆-1234 ☒ 病院 住所 柏市▲▲1-2-3 ☐ 施設 ☐ その他 名称 ●●リハビリテーション病院 3階A病						
	調査員の車を駐車するスペース ☐ なし ☒ あり 駐車可能場所（ 病院駐車場 ）						
調査の立会	☐ 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。 ☒ 立会希望あり 立会者氏名（ 柏 花子 ） 本人との関係（ 長女 ） 日中連絡の取れる電話（ 090-●●●●-●●●● ）						
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 ☒ なし ☐ あり（ ） 本人不在で伝えたいこと ☐ なし ☒ あり（ ☐ 調査前 ☒ 調査後 ） 調査員に配慮して欲しいこと ☐ なし ☒ あり 〔 耳が聞こえにくいため、大きな声で話してほしい。 〕						
担当ケアマネジャー	☒ なし ☐ 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	☐ 市調査 / () 【 】 時 分				☐ 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	収受印
					有・無・持	有・無	