

認定調査連絡票(更新・変更用)

愛南町高齢者支援課 介護保険認定係 宛

迅速・正確に訪問調査を行うために、できるだけ詳しくご記入いただきますようお願いします。
連絡先は、日中連絡がしやすい電話番号をご記入ください。

氏 名	
-----	--

家族の状況		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 子供夫婦と 人暮らし <input type="checkbox"/> その他			
調査場所 1～4のどれかに○をつけてください。	1 自宅				
	2 病院	病院名		病棟	階
	入院日		年	月	日
	退院予定日		年	月	日
3 施設	施設名				
4 その他	住所		氏名		
		電話番号			

立ち会い・調査希望日 <small>都合の悪い所に×を記入してください。</small>						家族等の立ち会い		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	月	火	水	木	金	家族等の氏名		本人との関係	
午前						家族等の住所			
午後						日中の連絡先		電話番号／携帯／勤務先等(連絡に都合のよい時間帯)	

認定結果通知書・被保険者証 送付先住所 <small>(住民票の所在地以外に送付希望がある場合のみ。)</small>	送付先住所	〒
	送付先氏名	

現在の介護サービス利用状況について○をつけてください。			
1 利用していない			
2 訪問介護	月 火 水 木 金 土 日	6 デイケア	月 火 水 木 金 土 日
3 訪問入浴介護	月 火 水 木 金 土 日	7 ショートステイ	月 日～ 月 日
4 訪問看護	月 火 水 木 金 土 日	8 小規模多機能	通い・泊まり
5 デイサービス	月 火 水 木 金 土 日	9 福祉用具貸与	

備 考	難聴 (有・無) 物忘れ (有・無) 定期的な通院 (有・無)
訪問調査を実施するにあたっての留意事項、事前に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。	

※後日、愛南町高齢者支援課の調査員より、調査日時等のご連絡をさせていただきます。
 なお、こちらからの着信番号は 0895-72-7325 となりますのでよろしく申し上げます。

受付担当者名: _____