

この連絡票は、日程調整や調査当日に配慮すべきことを調査員に伝えるためのものです。

介護保険 認定調査連絡票

被保険者番号											
フリガナ	イネ タロウ									性別	
氏 名	伊根 太郎									男・女	
年 齢	73歳		独居・同居者あり								

記入日	令和	●	年	●	月	●	日
記入者	氏 名 伊根 花子						
	続 柄 妻						
	連絡先 0772-32-						

※いずれかに○をつけてください。

調整者	・被保険者本人		・連絡票記入者と同じ		・その他（ 氏名： 続柄： ）	
同席者の有無	・あり⇒（ 伊根 花子 ） ・なし					
連絡のつきやすい曜日・時間帯	※平日の9時30分～16時30分までの時間帯でご記入ください。 ・いつでもよい ・希望あり（ 月・水・金 ）曜日 / 午前 ・ 午後					
連絡時に配慮すべき点	※電話に出るのに時間がかかる場合や、大きめの声での対応が必要など配慮すべき点をご記入ください。 （例）電話に出るのに時間がかかります。 留守番電話に伝言を残してもらえば、折り返し電話します。					
医療・介護のサービス利用状況など	現在利用中 ※サービスの利用状況や通院などを具体的にご記入ください。 （例）伊根診療所に月1回通院。					
	今後利用希望 （例）デイサービス希望					
日常生活動作の状況等	歩行	・自立	・支障あり（ ）			
	更衣	・自立	・支障あり（ ）			
	清潔	・自立	・支障あり（一人で風呂に入っているが、洗身や洗髪は介助必要）			
	食事	・自立	・支障あり（ ）			
	排泄	・自立	・支障あり（尿失禁あり。紙パンツ使用）			
	認知	・自立	・支障あり（物忘れがひどい）			
	現在治療中の病気等		（ 高血圧で内服あり ）			
調査時に配慮すべき点	※病気や心身の状態、認知能力の状況、家族状況など、調査時に配慮すべき点をご記入ください。 （例）認知機能の低下があり、何でもできると言いますが、身の回りのことができなくなっています。 同席の家族から別室で聞き取りをお願いします。本人の前で確認すると立腹されます。					
申請に至った経緯 その他概況	※申請の理由や日常生活での困り事などをご記入ください。詳しい状況については調査時にお伺いします。 （例）昨年より認知症が進行し、身の回りのことができなくなってきたため。近隣居住の家族が訪問し介護していますが、介護負担が大きくなってきています。					

※記入内容について担当者からお問い合わせする場合がありますが、その際にはご協力をお願いします。