

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										性別
氏 名										男・女
年 齢	歳				独居・同居者あり					

記入日	令和 年 月 日
記入者	氏 名
	続 柄
	連絡先

※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⇒（ ） ・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（ ）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。		
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。		
	今後利用希望		
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（ ）	
	食事	・自立 ・支障あり（ ）	
	排泄	・自立 ・支障あり（ ）	
	認知	・自立 ・支障あり（ ）	
	現在治療中の病気等		（ ）
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。		
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。		

※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。