

# 認定調査連絡票 【 新規 要支援者の要介護への区分変更 区分変更 更新 】

認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願いいたします。なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、秦野市または市が委託する事業所の認定調査員に対して提供します。

被保険者氏名		被保険者番号									
<b>1 申請理由(複数選択可)</b>											
きっかけ	<input type="checkbox"/> 本人が決めた <input type="checkbox"/> 家族で相談して <input type="checkbox"/> 介護関係の事業者の紹介 <input type="checkbox"/> 病院に勧められて(医師・看護師・相談員〔 〕) <input type="checkbox"/> 知人の紹介										
介護が必要な理由	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患(麻痺： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 骨折・転倒 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> がん(告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他( ) ※上記はいつから： 年 月 日 前回の受診日： 年 月 日 次回の受診日： 年 月 日										
困りごと	<input type="checkbox"/> 家事(調理、買い物、掃除等) <input type="checkbox"/> 移動能力低下(屋外・屋内) <input type="checkbox"/> 身体能力低下(入浴、排泄、食事) <input type="checkbox"/> 物忘れ等の認知機能低下 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
現在のお体の様子等											
<b>2 調査等について</b>											
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他( )										
調査場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> その他 ↓										
	病院名	病院									
	診断名										
	手術予定	<input type="checkbox"/> あり(時期： ) <input type="checkbox"/> なし									
退院予定	<input type="checkbox"/> あり(時期： ) → 退院先 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他										
調査日程の調整連絡先	ふりがな					続柄	電話	*平日の日中に連絡が取れる連絡先			
	氏名							( )			
連絡のつきやすい時間帯：											
調査立会者	<input type="checkbox"/> 上記、調査日程の調整連絡先の方 <input type="checkbox"/> その他家族(続柄： ) <input type="checkbox"/> 病院・施設職員 <input type="checkbox"/> ( ) 地域高齢者支援センター職員(担当者： ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 立会い者なし										
事前に伝えておきたい事	<input type="checkbox"/> 別室又は電話での聞き取り調査希望あり(どなたに： ) <input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり <input type="checkbox"/> 調査で都合の悪い日時がある( ) <input type="checkbox"/> その他( )										
<b>3 要介護認定結果(申請から30日前後)が出る前の介護サービス利用について</b>											
<input type="checkbox"/> 結果が出る前に、すぐにサービスが必要(緊急な状態) → 高齢者支援センターへの相談 <input type="checkbox"/> 結果が出てからでよい <input type="checkbox"/> 必要時に利用する予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
<b>4 今の段階で、希望するサービス(複数選択可)</b>											
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> リハビリ(訪問・通所) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 未定											

～ 認定申請以外に、高齢介護課での相談がありましたらお声かけください ～

受付 ( )