

# 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。

ふりがな 被保険者氏名	はだの たろう <b>秦野 太郎</b>	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
<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 checked="" type="checkbox"/> 病院に勧められて(医師・看護師・相談員〔●● <b>ソーシャルワーカー</b> 〕) <input type="checkbox"/> 知人の紹介		
介護が必要な理由	<input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患(麻痺： <input checked="" 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： <b>令和●年●月●日から入院</b> 前回の受診日： <b>令和○年○月○日</b> 次回の受診日： <b>令和△年△月△日</b>		
困りごと	<input checked="" type="checkbox"/> 家事(調理、買い物、掃除等) <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力低下(屋外・屋内) <input checked="" 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>院内での移動時(トイレ等)は常に付き添いあり車椅子使用。入浴はしておらず、ベッド上で清拭のみ。食事は、準備されたものをベッド上にて左手で介助なく食べている。認知面は問題なし。</b>		
<b>2 調査等について</b>			
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" 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 checked="" 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	<b>脳梗塞</b>	
	手術予定	<input type="checkbox"/> あり(時期： ) <input checked="" type="checkbox"/> なし ●/● <b>手術済</b>	
退院予定	<input checked="" type="checkbox"/> あり(時期： <b>●月中旬頃</b> ) → 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 checked="" type="checkbox"/> その他 <b>施設入所も検討中</b>		
調査日程の調整連絡先	ふりがな	はだの はなこ	続柄
	氏名	<b>秦野 花子</b>	長女
		電話	*平日の日中に連絡が取れる連絡先 ●●● (●●●●) ●●●●
連絡のつきやすい時間帯： <b>16:00以降</b>			
調査立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、調査日程の調整連絡先の方 <input checked="" type="checkbox"/> その他家族(続柄： <b>妻</b> ) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他( <b>自宅にいる妻は認知機能の低下が見られる介護1</b> )		
<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) <input checked="" 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		→ 高齢者支援センターへの相談 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 <input checked="" 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 ( )