

認定を受ける方の状況や訪問調査等の確認のため、以下の連絡票の記載をお願いいたします。

申請者連絡票

申請者の居住場所	<input type="checkbox"/> 在宅	自宅(独居 家族と同居 その他)・自宅以外()						
	<input type="checkbox"/> 施設	施設名						
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名			病名			入院日
			病棟・病室					
<input type="checkbox"/> 入院中	入院中の状況	安静	ベッド上・車いす・歩行器・独歩可能		手術予定	無・有(/)		
			リハビリ実施の有無	無・有()				
	退院予定日			退院後の予定	自宅・転院()・施設			
身体状況	新規申請の方	日常生活において見守り・介助を必要とすることについてご記入ください。						
		<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> その他()		
		認知症状	無・有()			認知症診断	無・有	
	その他							
	区分更新方変更新申請の方	※前回の調査時より状態の変化がある場合には詳細をご記入ください。						
介護サービス利用状況(希望)	※新規申請の方は希望するサービスのご記入をお願いします。 ※更新・区分変更等の方は現在、利用されているサービスの事業所名と利用曜日のご記入をお願いします。							
	通所サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名:)					
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名:)					
		<input type="checkbox"/> ショートステイ	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名:)					
	訪問サービス	<input type="checkbox"/> ヘルパー	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名:)					
		<input type="checkbox"/> 訪問看護	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名:)					
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	月 火 水 木 金 土 日 (事業所名:)					
	施設サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム等)	(施設名:)					
		<input type="checkbox"/> その他の施設 (サービス付き高齢者住宅・有料老人ホーム・ケアハウス等)	(施設名:)					
	その他	<input type="checkbox"/> 住宅改修	手すり・段差解消・床の変更・扉の取替・便器の取替・その他()					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与または購入	品目()						
	<input type="checkbox"/> その他							
認定調査予約連絡者	※認定調査時は、家族の同席をお願いしております。 施設入所中の場合は、施設職員等から話をお聞きして調査を行うことも可能です。							
	同席の有無	同席する ・ 同席しない						
	※認定調査は平日午前9時から10時、午後1時30分から午後2時30分くらいが調査開始時間となります。							
	※認定調査の日程調整について調査員より連絡しますので、優先順に連絡先をご記入ください。 また施設職員やケマネジャーが同席する場合は、担当者で連絡先をご記入ください。 【平日8時30分から16時30分の間に確実に連絡がつくところをご記入ください。】							
	連絡先	氏名	続柄()		連絡先			
	氏名	続柄()		連絡先				
	☆連絡のつきやすい時間帯等(いつでも可・午前・午後・着信あればかけ直す・その他()							
※備考								