

認定調査（訪問調査）連絡票

◎調査対象者

被保険者氏名：	被保険者番号：
家族等連絡先 家族住所：〒	家族氏名： 本人との関係（ ）
家族構成：	電話番号：
調査日程調整の連絡先 ※日中連絡可能な連絡先	連絡希望時間帯
① — — (氏名： 本人との関係：) ()	
② — — (氏名： 本人との関係：) ()	
訪問調査先：□本人住所地 □住所地以外（現在地： 電話番号：)	
立会者（連絡の有無）：	
駐車場の有無：□有 □無 ない場合、近所で駐車できる場所（)	
被保険者のスケジュール：	

◎現在受けている在宅サービスの利用状況（ 月分） [通常の状況と異なる場合は、直近の月のサービス利用状況]
※福祉用具貸与及び販売は利用事業所名ではなく、用具名を記入してください。

サービスの種類	利用事業所	利用回数	サービスの種類	利用事業所	利用回数
□訪問介護（ホームヘルプサービス）		月 回	□福祉用具貸与※		品目
□訪問入浴介護		月 回	□特定福祉用具販売※		品目
□訪問看護		月 回	□住宅改修		あり・なし
□訪問リハビリテーション		月 回	□夜間対応型訪問介護		月 日
□居宅療養管理指導		月 回	□認知症対応型通所介護		月 日
□通所介護（デイサービス）		月 回	□小規模多機能型居宅介護		月 日
□通所リハビリテーション（デイケア）		月 回	□認知症対応型共同生活介護		月 日
□短期入所生活介護（特養等）		月 日	□地域密着型特定施設入居者生活介護		月 日
□短期入所療養介護（老健・診療所）		月 日	□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		月 日
□特定施設入居者生活介護		月 日			
□市町村特別給付 []					
□介護保険給付外の在宅サービス []					

◎情報提供欄

具体的な心身及び 介護状況等 病歴・介護が必要になった背景、入退院(所)情報等	
認知症状の有無	□有 □無 具体的な症状：
主病名	
調査時に注意する 行動障害等	特になし ・ 拒否行動あり ・ 暴力行動あり ・ 難聴あり 具体的に：