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： |
| 家族連絡先 | 家族氏名 ：　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　　　　　） |
| 家族住所 ： 〒　　　　－ | |
| 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：　　　　　　　　） | |
| 立合者（連絡の有無） ： | |
| 駐車場の有無 ： □有　　□無　ない場合、近所駐車できる場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 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(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ)・訪問型ｻｰﾋﾞｽ |  | 月　　 　回 | □(介護予防)福祉用具貸与※ |  | | 品目 |
| □(介護予防)訪問入浴介護 |  | 月　　　 回 | □特定(介護予防)福祉用具販売※ |  | | 品目 |
| □(介護予防)訪問看護 |  | 月　　　 回 | □住宅改修 | あり ・ なし | | |
| □(介護予防)訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ |  | 月　　　 回 | □夜間対応型訪問介護 | |  | 月　　　 日 |
| □(介護予防)居宅療養管理指導 |  | 月　　　 回 | □(介護予防)認知症対応型通所介護 | |  | 月　　　 日 |
| □通所介護(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)・通所型ｻｰﾋﾞｽ |  | 月　　　 回 | □(介護予防)小規模多機能型居宅介護 | |  | 月　　　 日 |
| □(介護予防)通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（ﾃﾞｲｹｱ） |  | 月　　　 回 | □(介護予防)認知症対応型共同生活介護 | |  | 月　　　 日 |
| □(介護予防)短期入所生活介護(ｼｮｰﾄｽﾃｲ） |  | 月　　　 日 | □地域密着型特定施設入居者生活介護 | |  | 月　　　 日 |
| □(介護予防)短期入所療養介護(療養ｼｮｰﾄ) |  | 月　　　 日 | □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | |  | 月　　　 日 |
| □(介護予防)特定施設入居者生活介護 |  | 月　　　 日 | □定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |  | 月　　　 日 |
| □看護小規模多機能型居宅介護 |  | 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 | ※具体的な症状を記入 |
|  | |
| 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： | |