

# 記入例

## 認定調査(訪問調査)連絡票

### ◎調査対象者

被保険者氏名 : <b>十和田 太郎</b>	被保険者番号 : <b>0000000000</b>
家族連絡先 家族住所 : 〒 <b>034-0093</b> <b>十和田市西十二番町6番1号</b>	家族氏名 : <b>十和田 花子</b> 本人との関係( <b>長女</b> )
家族構成 : <b>本人・妻・長女夫婦・孫2人</b>	電話番号 : <b>0176-23-5111</b>
調査日程調整の連絡先 ※日中連絡可能な連絡先 ① <b>090-****-1234</b> (氏名: <b>十和田 花子</b> 本人との関係: <b>長女</b> ) ( <b>13時以降可</b> ) ② - - (氏名: 本人との関係: ) ( )	連絡希望時間帯
訪問調査先 : <input checked="" type="checkbox"/> 本人住所地 <input type="checkbox"/> 住所地以外(現在地: ) 電話番号: )	
立合者(連絡の有無) : <b>長女、ケアマネージャー(○×在宅介護支援センター)</b>	
駐車場の有無 : <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 : <b>○月×日退院予定、○日受診予定</b>	

◎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
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス		月 回	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与※		品目
<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護		月 回	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売※		品目
<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護		月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修		あり・なし
<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション		月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		月 日
<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導		月 回	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護		月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス		月 回	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護		月 日
<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション(デイケア)		月 回	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護		月 日
<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)		月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護		月 日
<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護(療養ショート)		月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		月 日
<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護		月 日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		月 日
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護		月 日			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ ]					
<input type="checkbox"/> 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	<b>令和○年○月△日、自宅内で転倒し右足を骨折、十和田市立中央病院に救急搬送され入院。 車椅子を利用しており、食事や着替えは看護師の手助けが必要。リハビリを開始する予定である。</b>
認知症状の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※具体的な症状を記入 <b>5分前に話した内容を忘れて聞き返してくることがある。</b>
主病名	<b>右足骨折</b>
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・ <b>難聴あり</b> 具体的に: <b>右耳が聞こえにくい</b> ため、大きめの声で話すようにしている。