

# 介護認定調査連絡票

(新規・区変・更新)

この用紙は、介護認定調査の訪問日程を決める為の資料です。

1 被保険者氏名 ( ) 住所小字名 ( )

2 調査日程等の打ち合わせ連絡先

— 次の欄には必ず昼間連絡が取れるところを、ご記入ください —

① 氏名		本人との関係	自宅	—	—
			職場	—	—
			携帯	—	—
② 氏名		本人との関係	自宅	—	—
			職場	—	—
			携帯	—	—

※基本は①の方に優先的に連絡します。

※高森町役場代表(62-1111)又は健康推進課直通(62-2910)から連絡があった場合は返信をお願いします。

3 認定調査実施は基本にご家族等のご立ち合いをお願いします。

認定調査に立ち会う人: 続柄: 電話:

※ご家族が県外在住など立ち合いが難しい場合は電話でお話を伺うことがあります。

(電話による聞き取りが可能な方: 続柄: 電話: )

4 訪問先 1. 自宅

2. 施設 ( 電話: )

3. 病院 ( 電話: )

4. その他 ( 電話: )

5 認定調査が可能な希望曜日をご記入ください。(○印で)

	月	火	水	木	金	土	日
午前						/	/
午後						/	/

6 認定調査時に身体状況等で注意する事があれば下記にご記入ください。

(身体状況等) ・問題ない ・難聴あり ・言葉が不自由 ・理解、判断力が不安

(その他)

7 現在ご利用の介護事業所名は ・デイ(事業所: /w(曜日) )

・訪問介護(事業所: /w(曜日) ) ・訪問看護(事業所: /w(曜日) )

・短期入所(施設名: 日/M ) ・その他( )

居宅支援事業所:	担当CM名	電話:
----------	-------	-----

※ 申請後10日以内をめぐに、かかりつけの病院に行き、介護保険主治医意見書記入の為に受診した旨を伝えてください。

