

清瀬市認定調査連絡票

認定申請を受理した後、調査員が訪問し心身の状況等をお聞きするにあたり、事前に下記のことについて伺います。ご協力をお願いいたします。

調査対象者 氏名		申請者		続柄()	
今回申請した理由 (新規・区分変更の場合のみ)		該当箇所に✓してください <input type="checkbox"/> 病気が悪化したため <input type="checkbox"/> 体力が落ちたため <input type="checkbox"/> 利用したいサービスがあるため <input type="checkbox"/> 病気が発症したため <input type="checkbox"/> 主治医に勧められたため <input type="checkbox"/> その他()			
現在利用中の主な介護サービス		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (「ある」を選んだ方は以下の表に記入してください)			
介護支援専門員 (ケアマネジャー)		事業所名		担当者	
利用サービス名		頻度		利用サービス名	
1 訪問介護(ホームヘルプサービス)		月 回		11 福祉用具 (品名)	
2 訪問入浴介護		月 回) 品目	
3 訪問看護		月 回		12 住宅改修	
4 訪問リハビリテーション		月 回		13 認知症対応型通所介護	
5 居宅療養管理指導		月 回		14 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	
6 通所介護サービス(デイサービス)		月 回		15 看護小規模多機能型居宅介護(複合型)	
7 通所リハビリテーション(デイケア)		月 回		16 介護保険施設 (特養・老健・介護医療院)	
8 短期入所生活介護(ショートステイ)		月 日			
9 短期入所療養介護(老健・診療所)		月 日		17 介護保険外サービス	
10 特定入居者生活介護		月 日			
今後受けたいと思っているサービス		上記番号での回答可			
調査に伺う場所		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <施設名 (号室)> 住所 _____ 電話 _____			
ご家族の状況		<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> ひとり暮らし			
調査時の家族の同席について ※訪問調査に際しては、できる限り、ご家族の同席をお願いいたします。		同席者 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 同席者の連絡先等(調査を実施する日程を決めるために連絡させていただきます。) 氏 名 _____ ご本人との関係() 住 所 _____ 電話番号 ① _____ ② _____ 連絡の取りやすい曜日・時間帯 (曜日 時～ 時の間) 連絡事項 _____			
調査日程の希望 ※基本的に調査は平日に実施します。		<input type="checkbox"/> 特になし(いつでも可能) <input type="checkbox"/> あり(下記にご記入ください) <input type="checkbox"/> 同席者に確認してください 希望する曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 時間帯(_____時～ _____時の間) その他 _____			
調査の際に配慮すること		筆談や手話が必要、注意点等、事前に調査員に知らせておきたいこと等を具体的にご記入ください。			
現在のお身体の状況 ※入院中の方で病状が不安定な方等は認定調査は実施できません。		・治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 () ・日常会話における支障はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・麻痺等の有無はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 部位() ・認知症の診断はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明			
右記の手帳をお持ちの方はご記入ください。		・身体障害者手帳 (_____級/部位 _____) ・精神障害者保健福祉手帳 _____級 ・愛の手帳 _____度			