

認 定 調 査 連 絡 票

(被保険者氏名) (被保険者番号)

1 申請理由等(当てはまるものすべてにチェック)

きっかけ	<input type="checkbox"/> 家族のすすめ
	<input type="checkbox"/> 病院のすすめ
	<input type="checkbox"/> 更新のため
	<input type="checkbox"/> その他()
心身の状況	<input type="checkbox"/> 腕や脚に麻痺がある。
	<input type="checkbox"/> 歩行に支障がある。
	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態である。
	<input type="checkbox"/> 物忘れなど認知症状がある。
	<input type="checkbox"/> その他()
※病名等がお分かりであれば、ご記入をお願いします。	
利用したいサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス/通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)、訪問入浴介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入・レンタル
	<input type="checkbox"/> 住宅改修
	<input type="checkbox"/> 施設入所
	<input type="checkbox"/> その他()

2 調査場所について

調査場所 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 自宅(申請書記載の住所)	
	<input type="checkbox"/> 入院先・入所先	
	<input type="checkbox"/> 申請書記載の場所と同様(記載不要) <input type="checkbox"/> 申請書記載の場所と異なる場合→ <u>下欄にご記入ください。</u>	
	施設名:	(病室: 階 病棟)
	電話番号:	()
※入院中の場合 退院・転院予定 <input type="checkbox"/> あり(時期:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定		
<input type="checkbox"/> その他(親族宅など)		
住所: (様方)		
電話番号:		

3 調査の立会者について

調査の立会いについて (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 希望しない。 ※入院・入所中の場合、直接病院・施設等に連絡して調査に伺います。			
	<input type="checkbox"/> 希望する。			
※ご家族の方にも本人の日頃の様子について確認させていただきたいので、可能な限りお立会いをお願いします。	↓ 立会者	フリガナ		
		氏名 (被保険者との関係)		
		日中の連絡先 (電話番号)	()	
日程調整は誰と? (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人			
	<input type="checkbox"/> 立会者			
	<input type="checkbox"/> その他	フリガナ	被保険者との関係 (同居・別居)	
		氏名		
日中の連絡先 (電話番号)		()		

4 その他

※連絡事項や調査時に気を付けてほしい点等がありましたら、ご記入ください。
