

認定調査連絡票(更新)

調査員が訪問を行う際の参考にさせていただきますので、下記の事項についてご記入ください。

氏名			
申請理由	1. 更新申請の目的を記入ください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 引き続き在宅サービスを利用するため <input type="checkbox"/> 介護施設に継続して入所するため <input type="checkbox"/> 現在は利用していないが、今後介護サービスの利用を検討しているため <input type="checkbox"/> その他()		
	日常生活で支障がある事(手伝ってほしいこと等)をご記入ください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 視力低下(弱視・全盲) <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> 聴覚低下(難聴等) <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外出機会の減少 <input type="checkbox"/> 関節痛(腰痛、膝痛含む) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 体力維持 <input type="checkbox"/> 心肺機能低下による呼吸苦等 <input type="checkbox"/> 認知機能 (<input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 理解力低下 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> その他()		
サービスの利用状況	過去1カ月以内に利用しているサービスについてご記入ください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 訪問介護 《 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 》 <input type="checkbox"/> 短期入所 << 利用日 >> <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 《 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 》 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 品>> <input type="checkbox"/> 訪問看護 《 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 》 <input type="checkbox"/> 福祉用具販売 品>> <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 《 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 》 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 << 日/月 >> <input type="checkbox"/> その他のサービス利用 <input type="checkbox"/> 通所介護 《 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 》 << >> <input type="checkbox"/> 通所リハビリ 《 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 》		
家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> その他 ()		
通院等	最近の受診	月	日 ※予定含む 回/月
	<input type="checkbox"/> 透析……………	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> その他定期外出……	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	

調査の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 (フリガナ 氏名 連絡先 続柄) 都合の悪い日時・電話対応可能な時間帯など		
調査同席・聞き取りの有無(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 無(聞き取り不要) <input type="checkbox"/> 無(聞き取り必要) → (フリガナ 氏名 連絡先 続柄) <input type="checkbox"/> 有 連絡先と同じであれば「同上」と記載してください		
留意点	調査の際に配慮することなど、事前に調査員に伝えたいことがあればご記入ください。 <input type="checkbox"/> 認定調査を急ぐ(理由:) <input type="checkbox"/> 退・転院予定あり 月 日 (転院先:)		