

認定調査連絡票(変更)

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. 変更申請に至った状態の変化についてご記入ください。(複数回答可)		
	<input type="checkbox"/> 身体機能・起居動作の低下 (低下した内容:) <input type="checkbox"/> 生活機能の低下(低下した内容:) <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 (症状:) <input type="checkbox"/> 精神・行動障害の発生又は悪化(病名、病状:) 社会生活への適応力の低下 (<input type="checkbox"/> 薬の内服 <input type="checkbox"/> 金銭の管理 <input type="checkbox"/> 日常の意思決定 <input type="checkbox"/> 集団への不適応 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 簡単な調理 <input type="checkbox"/> 入院中 [疾病や状態:]		
サービスの利用状況	2. 今回の申請の主な目的をご記入ください。(複数回答可)		
	<input type="checkbox"/> サービス利用の増加 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所のため <input type="checkbox"/> その他 []		
家族構成	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》		
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:)		