



認定調査連絡票

被保番号

氏名

※太枠内を記入してください。

現在のご様子	
1 家族構成	一人暮らし・夫婦二人暮らし・本人含む（ ）暮らし 日中独居になりますか はい・いいえ
2 現在のお困りごと	
3 主な病気	
4 身体の様子	歩行：可能・杖使用・シルバーカー・つたい歩き・車いす・寝たきり 排泄：自力・オムツ使用・その他（ ） 聴力：普通・やや遠い・聞こえない 視力：普通・見えにくい
5 認知症状	有・無
6 調査時に気をつけてほしいこと	
<p>&lt;サービス利用について&gt;</p> <p>申請について</p> <p>★新規（受けたいサービスがあれば○で囲んでください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護・訪問入浴・デイサービス・通所リハビリ・施設入所</li> <li>・福祉用具（ ）・その他（ ）</li> </ul> <p>★更新・区変（いずれかを○で囲んでください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの利用について：している・していない</li> </ul> <p>&lt;認定調査について&gt;</p>	
連絡先	氏名 本人との関係（ ） 電話番号 携帯番号
	※連絡時注意事項（連絡が付きやすい時間等）
	調査立会者：有・無（立会者名： 続柄： ）

市側記入欄

調査先	自宅・自宅以外 入院中・入院中の方 退院の予定（ ） 病院・施設名 ※病院の場合： 病棟 号室
調査日	※新規・急な調査のみ日時決定（必ず調査予定表へ入力のこと） 月 日 AM・PM 担当：