

連 絡 票

被保険者名

訪問調査では、日頃の本人の心身の状態や家族等の介護状況について聴き取りを行います。円滑に訪問調査等を行うために、この連絡票への記入をお願いします。そのため、できるだけ日頃の状況をよく知っておられる介護者等の同席をお願いしています。

同居者	<input type="checkbox"/> あり(人) ⇒ 夫・妻・父・母・子(人)・その他() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 別棟に親族がいる()										
今回申請した理由	<input type="checkbox"/> 自宅で介護保険サービス利用のため ⇒ 訪問介護・訪問看護・デイサービス・デイケア・ショートステイ・住宅改修・福祉用具 その他() <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 申請を勧められた ⇒ 家族・病院職員・その他() <input type="checkbox"/> 要支援・要介護状態が変わった (内容:) <input type="checkbox"/> 現在利用中のサービスの継続のため <input type="checkbox"/> その他()										
調査に伺う場所 (自宅以外の場合)	<input type="checkbox"/> 自宅以外		住 所:			電話番号: () -					
	<input type="checkbox"/> 入院中		病院名:		病 室: 階 号室 病棟		電話番号: () - 病院担当者:				
調査への 同席者の有無	<input type="checkbox"/> 同席する		ふりがな		本人との関係			<input type="checkbox"/> 家族 ()			
			名 前					<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 同席しない		※この場合、心身の状態に関しての聴き取りに対し十分に受け答えができるものとし、本人からのみの聴き取りとなります。									
連絡調整の相手	ふりがな		本人との関係:			電話番号: () -					
	名 前										
		※訪問調査や主治医意見書関係で介護福祉課から連絡する場合があります。勤務先等日中に確実に連絡が取れるところを記入してください。						連絡希望時間帯 AM・PM 時 ~ AM・PM 時			
介護サービス 利用状況	①訪問介護 ②デイサービス ③デイケア ④ショートステイ ⑤施設入所中		サービス 利用日	月	火	水	木	金	土	日	病院受診など 都合が悪い日
受診状況	①診療科 (回 / か月)			④最終 平成 年 月 日 令和			⑤次回受診 令和 年 月 日 予定日			⑥主治医以外の受診状況	
本人の状況 ・ その他	①病気や心身の状況 ※ ご本人に伝えていない病気等の有無: なし・あり()										
	②入院の経緯 (入院中の場合)										
	③病気などにより困難なこと (歩行・排泄・着替え・食事など)										
	④調査員に伝えておきたいこと <input type="checkbox"/> 難聴があるので、大きな声で話してほしい。⇒ (右耳 ・ 左耳 補聴器: なし・あり) <input type="checkbox"/> 話すことが難しいため、筆談などで対応してほしい。 <input type="checkbox"/> 病名を本人に告げていないので配慮してほしい。 <input type="checkbox"/> 調査後、別室等で補足内容を伝えたい。⇒当てはまるものに○ (日常生活・認知症・病気の内容) <input type="checkbox"/> その他 ()										
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし⇒ (近所に駐車できる場所など:)										
表札の有無	<input type="checkbox"/> あり										受付者
	<input type="checkbox"/> なし⇒ (目印など:)										