

**連 絡 票**

受付者

被保険者氏名

日頃のご本人の心身の状態や家族等の介護状況について、適正な訪問調査等を行うため、この連絡票へご記入をお願いいたします。  
 そのため、日頃の状況や介護の手間をよく把握されている介護者等の同席を極力お願いしております。

同居者	<input type="checkbox"/> あり(      人) ⇒ 夫・妻・父・母・子(      人) ・その他(      ) <input type="checkbox"/> なし(親族について →市内・市外      )			
調査場所	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 自宅：      駐車場 <input type="checkbox"/> なし(近所の駐車場所：      ) ※認定調査は一時間程度です。集合住宅で来客用駐車場が予約制の場合、事前に予約をしていただきますようお願いいたします。			
	<input type="checkbox"/> その他	病院・施設名等： 病室等      :      階      号室      病棟 担当者名： 住 所      : 電話番号：		
調査同席者	<input type="checkbox"/> する	フリガナ 名 前	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (      ) <input type="checkbox"/> その他 (      )
	<input type="checkbox"/> しない	同席者の電話番号(自宅・携帯)： ※入院又は入所中は、同席の希望をいただいても、感染症予防等の状況により同席できない場合があります。		
受診状況	①病院名：      (      回 /      か月) ②診療科： ③最終受診日      :      令和      年      月      日 ④次回受診予定日      :      令和      年      月      日 ⑤主治医以外の受診：			
本人の状況 ・ その他	介護が必要になった主な病気や心身の状況(病名や物忘れの有無) 入院の経緯(入院中の場合) 病気などにより困難なこと(歩行・排泄・着替え・食事など) <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin: 10px 0;"></div> 調査員に伝えておきたいこと <input type="checkbox"/> 難聴がある。⇒(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"/> 病名等を本人に告げていない。(病名等：      ) <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(      )			