



# おいらせ町要介護認定訪問調査連絡票

記入年月日： 年 月 日

|         |                                                      |        |  |
|---------|------------------------------------------------------|--------|--|
| 申請者氏名   |                                                      | 本人との続柄 |  |
| 申請者住所   | 〒<br>電話番号                                            |        |  |
| 提出代行者名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） |        |  |

|                                  |            |   |
|----------------------------------|------------|---|
| 被保険者氏名：                          | （被保険者番号：   | ） |
| 被保険者が現在いる場所：                     | 自宅 ・ その他   | （ |
| 調査時連絡者氏名：<br><small>ふりがな</small> | （被保険者との関係： | ） |
| 電 話 番 号：                         | □申請者と同じ    |   |
| ◆連絡上の留意点（連絡希望時間等）                |            |   |
| 申請後、本人が医療機関を受診する予定について： 月 日頃受診予定 |            |   |

## 調査時の留意事項

|                                                                   |                  |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|
| ◆今回の申請について                                                        |                  |   |   |   |   |   |   |
| □新 規 申 請（申請理由：                                                    |                  |   |   |   |   |   |   |
| □更 新 申 請                                                          |                  |   |   |   |   |   |   |
| □区分変更申請（申請理由：                                                     |                  |   |   |   |   |   |   |
| ◆その他特に注意して調査してほしいことを記入してください<br>（被保険者の身体状況や認知の有無、問題行動などをご記入ください。） |                  |   |   |   |   |   |   |
| ◆現在受けているサービスの情報等                                                  |                  |   |   |   |   |   |   |
| サ ー ビ ス 名                                                         | 月                | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 訪 問 介 護                                                           |                  |   |   |   |   |   |   |
| 訪 問 看 護                                                           |                  |   |   |   |   |   |   |
| 訪 問 入 浴 介 護                                                       |                  |   |   |   |   |   |   |
| 通 所 介 護                                                           |                  |   |   |   |   |   |   |
| 通所リハビリテーション                                                       |                  |   |   |   |   |   |   |
| 短 期 入 所 療 養 介 護                                                   | 月 日 ～ 月 日        |   |   |   |   |   |   |
| 短 期 入 所 生 活 介 護                                                   | 月 日 ～ 月 日        |   |   |   |   |   |   |
| 居 宅 療 養 管 理 指 導                                                   | 月 回              |   |   |   |   |   |   |
| 福 祉 用 具 貸 与                                                       | 有（ ）・無           |   |   |   |   |   |   |
| 福 祉 用 具 購 入                                                       | 有（ ）・無           |   |   |   |   |   |   |
| 住 宅 改 修                                                           | 有（改修済： 改修予定： ）・無 |   |   |   |   |   |   |
| その他（配食・移送等）                                                       |                  |   |   |   |   |   |   |