

9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

認定調査連絡票

認定調査を円滑に行えるよう、下記項目の記入にご協力をお願いします。

8	被保険者(本人)氏名 鎌ケ谷 和也		
9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	ご本人の状況	申請理由 (当てはまるものの全てにチェック)	■病気や心身の不調で日常生活において困っておりサービスを利用したい 〔具体的に 転倒骨折し緊急入院。退院後はヘルパーによる生活の手助けと住宅への手すり設置、歩行器の貸与を希望。〕 □主治医（看護師等）の勧め ■家族、民生委員、包括等からの勧め 利用希望のサービス（■ヘルパー□デイ■住宅改修■福祉用具□その他） □現在利用サービスの継続 □施設入所（□入所中 □入所希望） □その他〔 〕
		家族状況	□独居 □夫婦2人で同居 ■それ以外（子と同居等）
		(入院中の場合のみ記入)	入院の理由〔転倒骨折したため。 〕 退院予定日〔令和〇〇年〇〇月〇〇日〕 □退院未定 ※入院直後やICU治療中、術後の急性期等は調査できません。 ※手術の予定がある場合は、手術後状態が落ち着いてからの調査となります。
		調査を受ける場所	□自宅（介護保険被保険者証に記載の住所地） 駐車場 有 ・ 無 ■病院 病院名〔鎌ケ谷市中央メディカルセンター 病棟：〇階〇〇〇室〕 □施設等 名称〔 〕 住所〔鎌ケ谷市中央〇ー〇 〕 ※調査場所は、アパートやマンション名まで記載してください。
認定調査	調査の立会い	■立ち会う 立会い者氏名〔鎌ケ谷 潤 〕 本人との関係〔 長男 〕 日中連絡の取れる電話〔自宅：〇〇〇〇 携帯電話：〇〇〇－〇〇〇〇 〕 連絡の取りやすい時間帯〔正午～13時、16時 〕 □立ち会わないので本人へ連絡 電話番号〔 〕	
	調査日程の希望	曜 日 月・火・水 木・金・いつでも良い (〇印を付けてください) 時間帯 午前 ・ 午後 ・いつでも良い (〇印を付けてください) ※調査員が下記の市役所の電話番号又は調査員の携帯電話から1週間程度までに連絡します。	
	調査時に配慮の必要な事項	□別室等で立会人に聞きとりをしてほしい ■本人へ未告知の病状がある ■ "介護、という言葉に拒否がある □筆談の対応が必要 □その他 〔具体的に がんの疑いがあるが本人には知らせていない。また、介護とは言わないで欲しい。〕	
	主治医の受診状況	定期受診□なし□あり 最終受診日〔 〕 次回受診予定日〔 〕 ■入院中 ※入院中の主治医意見書は、原則入院先の医師への作成依頼となります)	
その他	家族等連絡先	①氏名〔鎌ケ谷 潤 〕 続柄〔長男 〕 電話番号〔〇〇〇－〇〇〇〇 〕 ②氏名〔鎌ケ谷 淳二 〕 続柄〔次男 〕 電話番号〔〇〇〇－〇〇〇〇 〕	
	担当ケアマネジャー	■いない□いる 事業所名〔 〕 担当者名〔 〕 電話番号〔 〕	

鎌ケ谷市役所 高齢者支援課 介護保険係（電話番号047-445-1380）

記入項目

⑧被保険者（本人）氏名 全員ご記入ください

⑨申請理由 全員ご記入ください
該当する理由を選択いただき、お困りのことや希望するサービスを出来るだけ詳しくご記入ください。

⑩家族状況 全員ご記入ください
お住まいの状況をご記入ください。なお、入院・入所中の場合は以前の状況をご記入ください。

⑪（入院中の場合のみ記入） 該当する方のみご記入ください
入院の理由や、退院や転院の状況についてご記入または選択してください。

⑫調査を受ける場所 全員ご記入ください
調査場所を選択し、住所をご記入ください。入院中の場合は、病棟や病室もご記入ください。

⑬調査の立会い 全員ご記入ください
ご家族やケアマネジャー等の立会いの有無を選択してください。
また、立会いされる方の氏名、関係、連絡先（日中できるだけ連絡の取れる電話番号）、連絡の取りやすい時間帯をご記入ください。

⑭調査日程の希望 全員ご記入ください
ご都合のよい曜日と時間帯を、できるだけ多く選択してください。

⑮調査時に配慮の必要な事項 該当する方のみご記入ください
調査時に、被保険者本人に伝えて欲しくないことや配慮して欲しいことがあれば選択し、できるだけ具体的にご記入ください（調査方法についてお伺いすることがあります）。

⑯主治医の受診状況 全員ご記入ください
かかりつけ医がいる病院への通院状況について選択し、定期通院している場合は日付についてご記入ください。

⑰家族等連絡先 全員ご記入ください
確認事項などが生じた場合や調査に立ち会われる方と連絡が取れない場合に連絡させていただく場合がありますので、できるだけ複数名のご連絡先をご記入ください。この認定申請について把握されている施設職員等をご記入いただいても構いません。

⑱担当ケアマネジャー 全員ご記入ください
契約している居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの有無について選択し、該当する場合は、事業所名や担当者名、電話番号をご記入ください。