

要介護・要支援認定申請に係る連絡票

※調査の事前資料として調査員に写しを提供する場合があります。

被保険者氏名	
--------	--

訪 問 調 査 情 報	<p>1. 本人の居所について (※住所地・介護保険施設・医療機関等以外の場合のみ記入)</p> <p>名称： 住所：〒 -</p>
	<p>2. 認定調査の立会いについて</p> <p><input type="checkbox"/> 立会無し <input type="checkbox"/> 立会有</p> <p>立会人氏名： _____ (本人との続柄： _____)</p> <p>※連絡先については、平日、日中に繋がる電話番号を記入してください。</p> <p>連絡先①： _____ 連絡先②： _____</p>
	<p>3. 認定調査に何う日程で都合の悪い曜日について</p> <p><input type="checkbox"/> なし (例：「火曜日」と記入した場合、火曜日が都合悪い日となる。) <input type="checkbox"/> あり →</p> <p>※認定調査は原則月曜日～金曜日の日中のみとなります。土日祝日及び夜間等の調査希望はできませんのでご了承ください。</p>
	<p>4. 本人の状態について</p> <p>①現在の状況について (区分変更申請の方は理由書に記入してください。)</p> <p>(具体例) 病歴：脳梗塞 状態：右半身麻痺、トイレや食事に介助が必要</p> <p>病歴： 状態：</p> <p>②入院 (入所) 年月日： _____ 年 月 日</p>

そ の 他	<p>①次に該当している場合は✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> みなし2号 (被保険者以外の被保護者) <input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等の理由での申請)</p> <p>②事前に調査員に伝えておきたいこと (あれば記入してください)。</p> <p>[]</p>
-------------	--

介護保険要介護認定変更理由書

被保険者		被保険者番号									
フリガナ	トダ タロウ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
氏名	戸田 太郎	生年月日			〇〇年 △△月 □□日						

◆事業所情報(家族が申請する場合は省略可能)

事業所名	戸田市居宅支援事業所	事業所番号									
計画作成者	介護 花子	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

◆状態が変わってからの医療機関の受診の有無

医療機関受診状況	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(〇〇年□□月☆☆日受診)・ <input type="checkbox"/> 入院(年月日から)										
医療機関名等	病院名【 〇〇△△病院 】主治医【 埼玉 次郎 】										

◆区分変更申請にかかる理由

変更申請の理由 ※心身の状態が変化した状況を記入してください。	① 身体的な状況が悪くな 2. 認知症の症状が進行し 3. その他(<ul style="list-style-type: none"> ・いつ頃、どのような変化があったか。 ・状況の変化で日常生活にどのような困りごとが発生しているか。 ・その他気になることを具体的に記入してください。
	〇〇年△△月☆☆日に、転倒により腰を強打し、救急搬送された。	
	入院には至らなかったが、腰の痛みを訴えており、日常生活における移動や	
	排泄に介助を要している。また、主介護者の妻も高齢であり、すべての介護を妻が行うことは困難である。	

◆現在利用中のサービス

1. (介護予防)訪問介護(回/週)	2. (介護予防)訪問入浴(回/週)
3. (介護予防)訪問リハビリテーション(回/週)	
4. (介護予防)訪問看護(回/週)	⑤ (介護予防)通所介護(1 回/週)
6. (介護予防)通所リハビリテーション(回/週)	
7. 小規模多機能型居宅介護	
8. 施設入所(特養・老健・グループホーム・特定施設)	
9. 福祉用具貸与(品目:)	
10. 福祉用具購入(品目:)	

◆サービス見直しによる対応の可否

<input type="checkbox"/> サービスの見直しにより現在の要介護度での対応が可能	<input checked="" type="checkbox"/> 対応不可(下記に記入が必要)
--	--

◆今後利用を検討しているサービス(軽度化の場合は記入の必要なし)

① (介護予防)訪問介護(4 回/週)	② (介護予防)訪問入浴(2 回/週)
③ (介護予防)訪問リハビリテーション(4 回/週)	
4. (介護予防)訪問看護(回/週)	5. (介護予防)通所介護(回/週)
6. (介護予防)通所リハビリテーション(回/週)	
7. 小規模多機能型居宅介護	
8. 施設入所(特養・老健・グループホーム・特定施設)	
9. 福祉用具貸与(品目:車椅子、介護用ベッド)	
10. 福祉用具購入(品目:)	

サービスの利用状況及び今後の利用予定は「サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画(第6表))を添付しても結構です。