

調査連絡票

記入日 令和 3年 12月 1日 記入者 碓氷 吾郎 本人との関係 ケアマネージャー

氏名	安中 太郎		生年月日	明治・大正・昭和	10年 10月 10日
◆ 調査場所	調査場所の確認です。現在生活している番号に○をつけてください。				
① 住所地					
② 居所	住所以外のお宅で生活している場合は、「居所」にご記入ください。				
③ 施設	住宅型有料老人ホーム〇〇〇	入所日	R3年8月1日	退所日(予定)	年 月 日・未定
④ 病院	病棟	入院日	年 月 日	退院日(予定)	年 月 日・未定
調査場所の連絡先	TEL 027 (〇〇〇) △△△△	担当者	松井田 花子		
◆ 立会者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	氏名	松井田 花子	続柄	配偶者・子()・その他(施設職員)
		TEL	027 (〇〇〇) △△△△	(昼間連絡のつく電話番号)	
◆ 疾患名(現在)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他()				
◆ 現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー 利用日(月 火 水 木 金 土 日) <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア 利用日(月 火 水 木 金 土 日) <input type="checkbox"/> ショートステイ 月 日 ~ 月 日 <input type="checkbox"/> その他()				
◆ 備考	調査員に伝えたいこと(視力、聴力、本人に配慮すべき病名・余命、前回認定時との変化有無等について) ・聴力低下あり。大きめな声だと聞き取れる。 ・前回の認定時より足腰が不安定となり、物忘れが進行している。				
	<input type="checkbox"/> 特になし				
◆ 認定結果通知及び保険証等の送付先	1 自宅 2 届出の居宅介護支援事業者 ③ 入所先介護施設 4 その他()				

事前に知ってほしい内容があればご記入ください。

被保険者証再交付申請書

申請者氏名 介護保険申請書と同じ 本人との関係 本人・配偶者・子()・その他()

住所 介護保険申請書と同じ 電話番号 介護保険申請書と同じ

被保険者氏名 介護保険申請書と同じ

市役所記入欄

申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他()
被保険者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他()
備考				