

ケアマネージャー等への情報提供に関する同意欄です。介護認定で得た資料をケアプラン作成等に使用することに同意する場合は本人氏名を署名してください。代筆の場合は、代筆者欄に代筆者の氏名・本人との関係を記入してください。

認定調査連絡票

該当区分に✓

記入例

認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願い致します。
なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、三郷市または市から委託した
事業所の認定調査員に対して提供し、後日「連絡先」になるかたへご連絡を差し上げます。

被保険者氏名	三郷 太郎		申請 区分	☒ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 要支援者の要介護新規	
1 申請理由（新規、区分変更の方は必ずご記入ください。）					
きっかけ	怪我・病気		大腿骨骨折		いつから： 〇月 〇日
	加齢・その他（ 自宅で転倒し入院。〇月〇日手術、現在リハビリ中。 ）				
困りごと	☐ 買い物 ☐ 掃除 ☐ 入浴 ☐ ベッド ☐ 車椅子 ☒ 住宅改修 ☐ リハビリ ☐ 通所型サービス ☐ その他				
2 調査場所について					
訪問調査場所	☐ 現住所 ☒ 施設・病院内 ☐ その他（ ）				
住 所	〇〇市〇〇町〇〇〇-〇〇		電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
施設・病院	施設名 病院名等	〇〇病院 棟 〇 階 〇号室			
	入院（所） 年月日	〇 年 〇 月 〇 日	（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）		
	転院・退院 の予定	☐ なし ☐ 未定 ☒ あり	〇月〇日 退院し帰宅。		
3 調査実施日の連絡先（認定調査員から電話連絡させていただきます）					
フリガナ	サイタマ ハナコ		続柄	※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。	
氏名	埼玉 花子		子	電話番号①	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
				電話番号②	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
事業所等 所属名称	※本人・家族等の場合は記入不要です。				
4 調査に同席される方がいる場合、下記①～②をご記入ください。 ※ 平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。					
①	☒ 上記3 の連絡先のかた				
②	氏名		続柄	電話番号①	
	事業所名			電話番号②	
5 認定調査員車両の駐車場所 ☐ なし ☒ 自宅・施設等駐車場 ☐ その他（ ）					
6 調査にあたり事前に伝えておきたいこと ☐ 家族の同時申請あり ☐ 別室での調査希望あり ☐ 未告知の病気あり ☒ ペットあり（ 犬・猫・他 ） ☐ その他					

調査場所について
ご記入ください。

施設・病院等に入院（入所）中の場合
こちらにもご記入ください。

上記3 の方以外にも
同席者がいる場合は、
こちらにご記入
ください。

【参考】40歳～64歳の方が介護保険を利用するときに対象となる病気（特定疾病）

- がん（がん末期）
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靱帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 初老期における認知症
- 進行性核上性麻痺、大脳基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症