

認定調査確認票

- ・認定調査を円滑に進めるため、ご記入をお願いします。
- ・□のある項目は、該当するもの1つにチェックをしてください。

被保険者氏名		
立会者	調査同席	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	※調査同席ありの場合のみ記入	
	氏名	続柄()
TEL	※携帯電話など、日中に連絡のとれる番号をお願いします。 ※電話希望時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
調査先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 住所地以外(息子宅などであれば、その住所) <input checked="" type="radio"/> 駐車場の有無 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 病院 病院名: ()病棟 ()階 ()号室 <input type="checkbox"/> 施設 施設名: 住所: TEL: ※ご記入の調査先に訪問いたしますが、変更になった場合はご連絡ください。	
今後の予定	※今後、退院や転院予定がある方はご記入ください。	
調査日	<input type="checkbox"/> いつでも可 ※希望しない曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金	
主治医への 受診状況	直近受診日 年 月 日(おおまかな日にちでも可) 次回受診日 年 月 日(おおまかな日にちでも可) ※申請から次回受診日まで期間があくと、認定結果が遅くなる場合があります。	
認知症状	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない	
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)	
身体状況等	※現在の様子や状態の変化、困っていることがあれば、できるだけ詳しくご記入ください。	

上記内容は、訪問調査の際に参考にさせていただきますので可能な限り記入してください。
訪問調査以外の目的では使用しません。