

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	☐ あり ☐ 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 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ いつでも可	
調査先	☐ 住所地 ☐ 住所地以外(息子宅などであれば、その住所) ●駐車場の有無(☐ あり ☐ なし) ☐ 病院 病院名: () 病棟 () 階 () 号室 ☐ 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、退院や転院予定はある方はご記入ください。 ※申請時点で入院中で、今後転院や退院の予定がある場合は、 時期の見込みも含めて必ず記入		
調査日	☐ いつでも可 ※希望しない曜日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 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 ※申請から次回受診日まで期間があくと、認	※同居(その他)の場合、 同居している家族の構成を 余白に補記してください。	
認知症状	☐ ある ☐ ない ☐ わからない		
家族状況	☐ 独居 ☐ 同居(夫婦のみ) ☐ 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。 ※どのようなサービスを利用する目的での申請なのかを記入してください。 ※入院中の場合は、入院した経緯、診断結果、現在の状態、転院・退院見込み及び退院後の施設入所やサービス利用についての検討状況を分かる範囲で記入してください。 ※更新・区分変更の場合は、現在利用しているサービスの種類・利用頻度及び今後検討しているサービスを記入してください。		

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。