

# 要介護認定 訪問調査連絡票（更新申請・区分変更申請）

日程調整および調査の参考資料として、必ず申請書と一緒に提出をお願いいたします。

被保険者番号		ふりがな 氏名
--------	--	------------

<b>申請区分</b>	1. 更新申請 2. 区分変更申請（現在の介護度：      有効期間：      年      月      日～      年      月      日）
-------------	---

<b>前回申請時と状態が変化した場合</b>	心身の状態変化、入院歴、介護環境等、前回認定時と変更点があれば、その時期や介護状況などを必ずご記入ください。
------------------------	--

<b>【かかりつけ医への受診状況】</b>	主治医の意見を伺います。介護保険申請中であることを伝えて受診してください
最終受診日：      年      月      日 /	次回受診予定日：      年      月      日

<b>現在の居所</b>	<input type="checkbox"/> 住民票記載の住所に同じ <input type="checkbox"/> 病院（病院名・病棟：      ） <input type="checkbox"/> 施設（施設名：      ）      （入院日：      ） <input type="checkbox"/> その他（      ）      （退院予定：      ）
--------------	---

<b>サービスの利用状況</b>	利用のある曜日に○（複数事業所の場合は、その頭文字等）を記入してください。↓ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 60%;">事業所名（サービスの選択）</th> <th style="width: 5%;">日</th> <th style="width: 5%;">月</th> <th style="width: 5%;">火</th> <th style="width: 5%;">水</th> <th style="width: 5%;">木</th> <th style="width: 5%;">金</th> <th style="width: 5%;">土</th> </tr> <tr> <td rowspan="2">通所サービス（デイサービス・リハビリテーション） （      ）</td> <td>午前</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">訪問サービス（介護・看護・リハビリ・居宅療養管理指導） （      ）</td> <td>午前</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ショートステイ      ※毎週利用の場合はこちら→ （      ）</td> <td>定期的</td> <td>毎週</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>直近利用※</td> <td colspan="2">月      日～</td> <td>月      日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>次回予定※</td> <td colspan="2">月      日～</td> <td>月      日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>半年以内の住宅改修</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td>福祉用具レンタル</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり（      ）</td> <td colspan="2">有りの場合は物品名を記入（品目名ではありません）</td> </tr> </table>	事業所名（サービスの選択）	日	月	火	水	木	金	土	通所サービス（デイサービス・リハビリテーション） （      ）	午前							午後							訪問サービス（介護・看護・リハビリ・居宅療養管理指導） （      ）	午前							午後							ショートステイ      ※毎週利用の場合はこちら→ （      ）	定期的	毎週						直近利用※	月      日～		月      日				次回予定※	月      日～		月      日				半年以内の住宅改修	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	福祉用具レンタル	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（      ）	有りの場合は物品名を記入（品目名ではありません）	
事業所名（サービスの選択）	日	月	火	水	木	金	土																																																														
通所サービス（デイサービス・リハビリテーション） （      ）	午前																																																																				
	午後																																																																				
訪問サービス（介護・看護・リハビリ・居宅療養管理指導） （      ）	午前																																																																				
	午後																																																																				
ショートステイ      ※毎週利用の場合はこちら→ （      ）	定期的	毎週																																																																			
	直近利用※	月      日～		月      日																																																																	
	次回予定※	月      日～		月      日																																																																	
半年以内の住宅改修	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	福祉用具レンタル	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（      ）	有りの場合は物品名を記入（品目名ではありません）																																																															

<b>調査日程調整</b>	<b>【調査に立会いできる方】</b> <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <b>【日程調整】</b> 都合の良し悪しを○×で記入。どちらでもよい場合は空白のまま。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">月</th> <th style="width: 10%;">火</th> <th style="width: 10%;">水</th> <th style="width: 10%;">木</th> <th style="width: 10%;">金</th> </tr> <tr> <td>10:00</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>13:30</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	10:00						13:30						<b>【立会者連絡先／日程調整連絡先】</b> 氏 名      （      ） 申請者との関係      （      ） 電話番号      （      ） ※ 且中に繋がりがやすい電話番号をご記入ください。 調査場所      （      ）
	月	火	水	木	金															
10:00																				
13:30																				

<b>結果通知送付先</b>	<input type="checkbox"/> 本人住所に通知を送付してください <input type="checkbox"/> ケアマネジャーが受取ります（下記受取人欄も要記載） <input type="checkbox"/> 下の宛先に送付してください 〒  受取人：	<b>備考</b>	
----------------	--	-----------	--