認定調査連絡表

調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、下記の事項についてご記入をお願いします。

○在宅の場合

（担当ケアマネージャー：　　　　　　　　　　事業所名：　　　　　　　　　　　　　）

○同居家族の有無　：　無　・　有

有の場合の家族構成：

主介護者：

○身障手帳の有無

　無　・　有　【　　　　級、障がい名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

○訪問看護利用の有無

　無　・　有　【病院・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

○現在利用しているサービス内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 通所サービス  （事業所名） |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問サービス  （事業所名）  （利用時間） |  |  |  |  |  |  |  |
| その他（福祉用具貸与・住宅改修の有無）  ※短期入所利用があれば利用日 | | | |  | | | |

○調査に同席される方の連絡先

　在宅の場合 … 独居等の理由で家族が立ち会えない場合は担当ケアマネージャー

入院（所）の場合 … 家族の立ち会いがあれば記入

氏　名（　　　　　　　　　　）　ご本人との続柄（　　　　　）

平日の日中連絡の取れるところ（携帯電話・お勤め先など）

（TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○申請に至った経緯、調査の際に考慮すること、サービス利用時問題になっている事等があればご記入ください（例：難聴で要筆談、通所・訪問スタッフに暴言、盗られ妄想有等）

|  |
| --- |
|  |