認　定　調　査　確　認　票

申請区分	
	□　新規
	□　変更
	□　更新

被保険者番号										
被保険者氏名										

※申請者は、太枠の事項について記入願います。

◆調査日調整のための連絡先　（※必須）

連絡者氏名	ふりがな 氏名：　　（本人との関係）
電話①	**日中に連絡が取れる電話番号を記載願います。** **連絡希望時間帯：**
電話②	**電話①で連絡が取れない場合に使用します。** **連絡希望時間帯：**
調査場所	□自宅（被保険者宅） □自宅外（　　） （住所：　　）

※意見書の作成にあたり、連絡先を医療機関に提供する場合がありますのでご了承ください。

◆調査時の留意事項

調査時立会者の有無	□有　→　□家　族（氏名：　　本人との関係：　　） □その他（氏名：　　本人との関係：　　） □無
都合の悪い曜日	□有　→　□月　□火　□水　□木　□金　□特になし
希望開始時間	□午前（9:30・10：00・10：30・11：00）□午後（13:30・14：00・14：30・15:00）

◆その他確認事項

主治医への最終受診日	年　月　日	主治医への次の受診予定	年　月　日（頃）	
入院中の場合の退院予定日	未定　・　月　日(頃)			
ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成機関	□利用していない □利用している（事業者名：　　担当者名：　　）			
被保険者の意思の伝達	□できる　□できない	被保険者の認知機能の低下	□あり　□なし	
ｻｰﾋﾞｽ利用状況	□利用していない □利用している ※利用中のサービスにチェックをしてください（余白には利用曜日・時間帯等を記載してください）			

在宅サービス	□訪問介護		□訪問入浴	
	□訪問看護		□訪問リハビリ	
	□居宅療養管理指導		□通所介護（デイサービス）	
	□通所リハビリ		□短期入所生活介護	
	□短期入所療養介護		□ケアハウス等	
	□福祉用具貸与		□福祉用具販売	
	□グループホーム		□その他（　　）	
施設	□介護老人福祉施設　（施設名：　　）			
	□介護老人保健施設　（施設名：　　）			
	□介護医療院　（施設名：　　）			

◆事務連絡等（※受付担当者記入欄）

	受　付　者

認 定 調 査 確 認 票

申請区分	
	□ 新規
	□ 変更
	□ 更新

被保険者番号	
被保険者氏名	

※申請者は、太枠の事項について記入願います。

◆調査日調整のための連絡先　（※必須）

連絡者氏名	ふりがな 氏名：　　（本人との関係）
電話①	日中に連絡が取れる電話番号を記載願います。 連絡希望時間帯：
電話②	電話①で連絡が取れない場合に使用します。 連絡希望時間帯：
調査場所	□自宅（被保険者宅） □自宅外（　　） （住所：　　）

※意見書の作成にあたり、連絡先を医療機関に提供する場合がありますのでご了承ください。

◆調査時の留意事項

調査時立会者の有無	□有 → □家族（氏名：　　本人との関係：　　） □その他（氏名：　　本人との関係：　　） □無
都合の悪い曜日	□有 → □月　□火　□水　□木　□金　□特になし
希望開始時間	□午前（9:30・10：00・10：30・11：00）□午後（13:30・14：00・14：30・15:00）

◆その他確認事項

主治医への最終受診日	年　月　日	主治医への次の受診予定	年　月　日（頃）	
入院中の場合の退院予定日	未定　・　月　日（頃）			
ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成機関	□利用していない □利用している（事業者名：　　担当者名：　　）			
被保険者の意思の伝達	□できる　□できない	被保険者の認知機能の低下	□あり　□なし	
ｻｰﾋﾞｽ利用状況	□利用していない □利用している ※利用中のサービスにチェックをしてください（余白には利用曜日・時間帯等を記載してください）			

在宅サービス	□訪問介護		□訪問入浴	
	□訪問看護		□訪問リハビリ	
	□居宅療養管理指導		□通所介護（デイサービス）	
	□通所リハビリ		□短期入所生活介護	
	□短期入所療養介護		□ケアハウス等	
	□福祉用具貸与		□福祉用具販売	
	□グループホーム		□その他（　　）	
施設	□介護老人福祉施設　（施設名：　　）			
	□介護老人保健施設　（施設名：　　）			
	□介護医療院　（施設名：　　）			

◆事務連絡等（※受付担当者記入欄）

	受付者

確 認 票 記 入 要 領

受付担当者が記入しますので、記入は不要です。

認定調査にうかがう前に調査員から電話連絡をさせていただきます。
連絡させていただく方のお名前、ご本人との関係、連絡先電話番号（日中不在が多い場合は、確実に連絡がとれる携帯電話等の番号および連絡可能時間帯）、調査場所を記入してください。

認定調査の際には、日頃の状況がわかる家族等の立ち会いが必要となります。調査に立ち会われる方の有無を記入してください。
また、都合の悪い曜日や希望する時間帯があれば記入してください。

表の申請書に記載した医療機関への最終受診日及び受診予定日を記入してください。また、入院中の方は病状が安定してから調査させていただきますので、退院予定日がわかる場合は記入してください。

ケアプラン作成機関の利用がある場合は、居宅介護支援事業所名と担当者名を記入してください。

調査時の参考にさせていただきます。

現在利用中のサービスがある場合は、該当する項目にチェックをしてください。
また、余白には利用曜日・時間帯を記入してください。

受付担当者が記入します。調査にあたって特に注意して欲しいことなどお伝えください。