

認定調査確認票（新規）

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	<input type="checkbox"/> 自宅（被保険者宅 住所：) <input type="checkbox"/> その他 () (住所：)

◆調査時の留意事項

調査時立会者の有無	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 本人との関係：) <input type="checkbox"/> その他 (氏名： 本人との関係：) <input type="checkbox"/> 無
都合の悪い曜日	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 特になし
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 時 (9:30～11:30) <input type="checkbox"/> 午後 時 (13:30～15:30)

◆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)			
被保険者の意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	被保険者の認知機能の低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
サービス利用希望	<input type="checkbox"/> 申請と同時にサービスを利用予定			
	<input type="checkbox"/> 認定後にサービスを利用予定			
	在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー）	<input type="checkbox"/> グループホーム	
		<input type="checkbox"/> 訪問看護（看護師）	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
		<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ（ディケア）	<input type="checkbox"/> ケアハウス等	
		<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（医師）	
	施設	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（施設名：)		
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（施設名：)				
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（医療機関名：)				
	<input type="checkbox"/> 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（新規）

確認票記入要領

被保険者番号																				
被保険者氏名																				

受付担当者が記入します。

※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	<input type="checkbox"/> 自宅（被保険者宅 住所：) <input type="checkbox"/> その他 () (住所：)

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。

◆調査時の留意事項

調査時立会者の有無	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 家族（氏名： 本人との関係：) <input type="checkbox"/> その他（氏名： 本人との関係：)
	<input type="checkbox"/> 無
都合の悪い曜日	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 特になし
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 時 (9:30～11:30) <input type="checkbox"/> 午後 時 (13:30～15:30)

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。

◆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)			
被保険者の意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	被保険者の認知機能の低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
サービス利用希望	<input type="checkbox"/> 申請と同時にサービスを利用予定			
	<input type="checkbox"/> 認定後にサービスを利用予定			
	在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー）	<input type="checkbox"/> グループホーム	
		<input type="checkbox"/> 訪問看護（看護師）	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
		<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア）	<input type="checkbox"/> ケアハウス等	
		<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（医師）	
	施設	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()		
		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（施設名：)		
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（施設名：)				
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（医療機関名：)				
<input type="checkbox"/> 介護医療院（施設名：)				

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。

調査時の参考にさせていただきます。

利用したいサービスについて、該当する項目にチェックをしてください。

◆事務連絡等（※受付担当者記入欄）

	受付者

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。