

介護認定申請時連絡票

令和 年 月 日 記入者：

申請区分	新規 ・ 更新 ・ 区分変更					
申請者（被保険者）	氏名：				（M・T・S 年 月 日 生 歳）	地区（ ）
【元気な時の生活状態】		【状態について】			【家族構成】	
		<input type="checkbox"/> 徐々に生活機能低下 <input type="checkbox"/> 発症（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
【現在の生活状況】（本人の能力を記載する）※該当箇所に✓をつける					【認知症状について】	
ADL項目	している	できるが していない	一部介助 あればできる	全て介助 が必要	特記事項	
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【日常生活の主な過ごし方】	
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事の準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お金の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
電話をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
主な疾病					難聴： 有 ・ 無	
最終受診日	令和 年 月 日	次回受診予定日	令和 年 月 日			
*その他特記すべきこと（調査時に留意すべき事項など）						
*入院期間 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日（ 退院 ・ 退院予定 ・ 未定 ）						
*利用中または希望する介護サービス						
認定調査に ついて	○調査についての希望					
	○調査場所について					
	○立会人の有無（ 有 ・ 無 ）			○立会人の氏名：		
	○立会人の氏名：			続柄：		
認定調査の調整 連絡先	氏名：		続柄：		電話番号：	
	施設名：		電話番号：			