

認定調査連絡票

※太線内を記入してください。

〈現在のご様子〉

記入日：令和 年 月 日

家族構成	一人暮らし・夫婦二人暮らし・本人含む（ ）人暮らし ※日中、高齢者のみになりますか→ はい・いいえ		
お困りのこと			
主な病気	※医師から本人への告知：あり・なし		
身体の様子	○歩行：自立・杖使用・シルバーカー・つたい歩き・車いす・寝たきり・その他（ ） ○排泄：自力・オムツ使用・その他（ ） ○聴力：普通・やや遠い・聞こえない ○視力：普通・見えにくい ○車の運転はしていますか？ → はい・いいえ (※はいの場合)どこまで運転していますか？ → 市内のみ ・ 市内外		
認知症状	あり・なし		
調査時に気を付けてほしいこと			
〈サービス利用について〉			
●更新申請・区分変更申請（いずれかを○で囲んでください）			
・サービスの利用 している（利用サービス名と利用頻度および曜日を記入）			
（ ）			
（ ）			
（ ）			
（ ）			
していない			
〈認定調査について〉			
連絡先	氏名：	電話番号：	
	本人との関係：	携帯電話：	
	調査立会い者：あり（立会者名： 続柄： ） ・ なし		
連絡時注意事項（連絡が付きやすい時間帯など）			
記入者	氏名：	本人との関係：	

〈市側記入欄〉

調査日	担当：			
	令和 年 月 日	午前	／	午後
調査先	自宅・自宅外			
	病院等施設名：			
	※病院の場合：	病棟		号室