

「認定調査」・「主治医意見書」調整票 （新規・更新・変更）

【認定調査について】 市調査員もしくは市が委託した介護支援専門員(ケアマネジャー)が自宅等にお伺いします。事前連絡の上、日程調整を行いますので、連絡先や調査希望日、調査場所等についてご記入ください。

1. 被保険者 （現在の要介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5）

被保険者番号						申請年月日	令和	年	月	日	
(フリガナ) 氏名	()	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日				
住所	TEL: ()										
調査場所	住所と同じ(自宅)・それ以外 () 〔備考: ()〕 ※住宅地図でわかりにくい場合や駐車場に指定のある場合など、調査員に伝えたいことがありましたらお書き下さい。										

2. 日程調整をする場合の連絡先（本人調整、本人のみでの調査の場合は記載不要です）

(フリガナ) 氏名	()	本人との関係	家族(続柄: 同居・別居) その他 ()
連絡先	①TEL: ()	(自宅/携帯・その他:)	
	②TEL: ()	(自宅/携帯・その他:)	
	連絡希望時間等:	調査への同席希望(あり・なし)	

3. 居宅介護サービス計画作成依頼届出(予定)事業所または入所(予定)施設

届出(予定)事業所	TEL: ()
担当(予定)ケアマネジャー	調査への同席希望 (あり・なし) サービスの暫定利用 (あり・なし)

4. 調査希望日(※希望日に必ず応じられるとは限りません。後日、調査員よりご連絡をさせていただきます。)

都合の良い日 時間等	都合の悪い日 時間等	*通院・通所(DS・DC)・訪問サービス利用日等 → 曜日・時間 []
---------------	---------------	---

【主治医意見書について】(○をお付け下さい)

◎ 市からの依頼	1. 不要 (申請書に添付・後日持参) 2. 必要 → 医療機関(主治医)への事前連絡 あり〔口頭・TEL・FAX・他()〕 3. 必要 → 医療機関(主治医)への事前連絡 なし
----------	--

【その他連絡事項】 申請(変更)理由、家族構成、認知症の有無、介護が必要となった病名、調査時注意すべき点などを記載してください。