

介護認定調査連絡票

調査は、月～金の 午前9時30分から午後4時の間 に行います。(所要時間は、約1時間です。)

介護認定を受ける方のお名前

フリガナ	
氏名	

家族構成(どちらかに をする)

	ひとり暮らし
	家族と同居 (該当の場合に をする) () 高齢者のみ () 日中はひとり

調査実施場所(どちらかに をする)

	介護認定を受ける方のご自宅(住民登録のある住所)	
	その他(施設名、病院名、住所等をご記入ください)	* 入院中の方 転院・退院 予定 有(/)・未定

調査についての連絡先

月～金の 午前9時から午後5時の間 で、確実に連絡可能な方をご記入ください。

フリガナ	氏名	本人との関係	連絡のつきやすい時間帯
調査連絡先		自宅・携帯・その他()	
電話番号		自宅・携帯・その他()	
立ち会い (どちらかに をする)	する	上記連絡先と同じ方が立ち会い その他 (氏名: _____ 本人との関係: _____) (電話番号: _____) * 立ち会いをされる方へ個別に聞き取りを希望(する ・ しない)	
	しない	1人で調査可能なため _____ 施設・病院職員が対応するため * 施設・病院等で職員が立ち会いの調査の場合、施設等と調査日時を決定いたします。 決定後、調査日時の連絡を希望(する ・ しない) 連絡先 (氏名: _____ 本人との関係: _____) (電話番号: _____)	

その他

調査に伺う際、都合の悪い日・曜日・時間帯(デイサービスや、受診日、ショートステイの予定など)
調査時に気をつけてほしいこと、調査員にあらかじめ知ってほしいこと等

長岡市使用欄-----これより下には記入しないでください-----

--