**緊急調査連絡票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | |
| フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭  年　 月　 日 | |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | 性　　　　別 | 男　　・　　女 | |
| 調査日程  連絡先 | 氏　名 | | | | | 続柄： | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | 配慮すべき点  （例：FAXで連絡、着信により折り返し） |
| つながる  時間帯 | | | | |  | | | | | | | |
| 居宅介護支援  事業所 | 事業所：  電話番号：  担当者： | | | | | | | | | | | | | 担当介護支援専門員の立ち合い  あり　・　なし |
| 現在受けている  介護サービス |  | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急調査が  必要な理由 | 〇主治医による予後の見通し　　　　　日間 | | | | | | | | | | | | | |
| ご本人の  状態 | 〇現在、意識はありますか？  〇調査に際して、必要な配慮はありますか？（例：筆談、告知されていない等） | | | | | | | | | | | | | |