**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） |