

訪 問 調 査 連 絡 票

介護保険被保険者番号					被保険者氏名									
0	0	0	0											
同居家族の状況					<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)									
訪 問 調 査 先 住民票の住所と異なる場合は記入してください。		入院・入所先 (病院・施設など)			() 病棟 () 号室									
		住 所			() 方									
		電話番号			— —									
訪問調査 日時相談者 ●日中連絡のつきやすい連絡先をご記入ください。 ●介護保険認定調査の日程調整のため、訪問調査員から連絡が入ります。 ●調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますのでご了承ください。					フリガナ _____					氏名 _____ 被保険者との関係				
					TEL 自宅 _____					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 上記以外()				
					職場 _____									
					携帯 _____									
					*同席の有無 <input type="checkbox"/> あり . <input type="checkbox"/> なし									
調査後に日頃の状況等の確認が必要な連絡先 ※同席される場合は記入不要。 調査後に内容の確認等をさせていただきます。日中連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。					フリガナ _____					氏名 _____ 関係 _____				
					電話番号 _____									
					フリガナ _____					氏名 _____ 関係 _____				
					電話番号 _____									
認定結果 郵送先 申請書記載の住所地と異なる場合のみご記入ください。					〒 —					() 方				
介護サービス利用状況 現在利用している在宅サービスに☑してください。					<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) (曜日)					<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) (曜日)				
					<input type="checkbox"/> ショートステイ(次回予定: 月 日 ~ 月 日)					<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与				
					<input type="checkbox"/> その他()									
その他連絡事項 調査時に留意してほしいこと(未告知の病気、認知症の有無、筆談、都合の悪い曜日など)					新規申請の方は申請理由もご記入ください。									