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		□独居　□同居(夫婦のみ)　□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	ー　　ー
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 職場 携帯 □本人 □家族(続柄:　　) □ケアマネージャー □相談員 □上記以外(　　) ※同席の有無　□あり　・　□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。		〒　　ー (　　)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。**		□ 訪問介護(ホームヘルプ)　(　　曜日) □ 通所介護(デイサービス)　(　　曜日) □ ショートステイ(次回予定:　月　日～　月　日) □ 福祉用具の貸与 □ 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。