

訪問調査確認票

被保険者名	本人 来庁	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 期限切れ <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 認定日： _____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 転入日： _____ 年 ____ 月 ____ 日	介護度 _____
	有 ・ 無	前 歴	
		有効 期間	_____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月末

名前には振り仮名をお願いします

◎ 申請者（窓口に来られた方） _____ 被保険者 _____ 担当ケアマネ _____ との続柄 _____ 無 ・ 有

◎ サービスの希望・要望・申請にいたる経緯など _____ 担当 _____ 事業所名 _____

_____	耳が聞こえ難い <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	サービス利用 (事業対象含む) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
_____	目が見えにくい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 利用表添付 <input type="checkbox"/> 住宅改修あり

1. 訪問先

自宅

病院【 病院名： _____ 】 _____ 病棟 _____ 号室
 入院 _____ 月 ____ 日 ~ _____ 月 ____ 日 担当 ケースワーカー _____
 退院予定 無 ・ 有 【 退院予定 _____ 月 ____ 日頃】

施設等【 施設名： _____ 】 _____ 階 _____ 号室
 入所 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月 ____ 日 退所 退所 退所 担当 _____
 予定 無 ・ 有 【 予定 _____ 月 ____ 日頃】 << ケースワーカー >>

その他 _____

2. 立ち会いの有無 日時のお知らせのみ ※立ち会いがなく、日時のみ知りたい方はチェックして下さい
 無 ・ 有 立会者名 _____ 被保険者 _____ 立会がない場合 _____ との続柄 _____ 連絡しません

3. 調査の日程調整の連絡先 お知らせのみを要す方も連絡先・時間帯を記載して下さい。 ケアマネ立合い有

被保険者本人 << Tel _____ 自宅 ・ 携帯 >> _____ 名前 _____ 連絡先 _____

家族・親戚 << Tel _____ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先名称 _____ >> _____ 名前 _____ 氏名 _____ (同居 ・ 別居) 続柄 _____

その他 _____ TEL _____ 担当者 _____

4. 連絡する時間帯 (土・日・祝を除く、開庁時間内)

いつでもよい (9時~17時) 午前中 (9時~13時) 午後中 (13時~17時) _____ 時ごろがよい