

# 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 \_\_\_\_\_  
 ◎ サービスの希望・要望・申請にいたる経緯など \_\_\_\_\_ との続柄 \_\_\_\_\_ 無・有

担当 \_\_\_\_\_  
 事業所名 \_\_\_\_\_  
 耳が聞こえ難い \_\_\_\_\_ サービス利用 \_\_\_\_\_  
 はい (事業対象含む)  
 いいえ  なし  
 目が見えにくい \_\_\_\_\_  あり  
 はい  利用表添付  
 いいえ  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 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  
 ふりがな \_\_\_\_\_ 被保険者 \_\_\_\_\_ 立会がない場合  
 無 ・ 有 立会者名 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
 ふりがな \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

家族・親戚 << Tel \_\_\_\_\_ 自宅・携帯・勤務先名称 \_\_\_\_\_ >>  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 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