

訪問調査確認票

被保険者名	本人	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 期限切れ <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 区変・悪				
	来庁	前	<input type="checkbox"/> 認定日		介護度	<input type="checkbox"/> 区変・好
	有・無	歴	<input type="checkbox"/> 転入日 年 月 日		~~~~~	<input type="checkbox"/> 区変・不
		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 _____
 耳の聞こえ サービス利用
 よい (事業対象含む)
 悪い なし
 目・見え方 あり
 よい 利用表添付
 悪い 住宅改修あり
 居宅療養管理指導 _____ 回

1. 訪問先

自宅

病院【 病院名： _____ 】 _____ 病棟 _____ 号室
 入院 月 日 ~ 担当 相談員 退院予定 未定 ・ 有 【 退院予定 月 日頃】

施設等【 施設名： _____ 】 _____ 階 _____ 号室
 入所 年 月 日 ~ 退所 退所 担当 相談員 無 ・ 有 【 予定 月 日頃】

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