

# 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
	歴	<input type="checkbox"/> 転入日			年 月 日	~~~~~	<input type="checkbox"/> 区変・不
	有・無	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）

被保険者との続柄

◎サービスの希望・申請にいたる経緯、調査時の配慮など

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 耳・聞こえ                        | サービス利用                                   |
| <input type="checkbox"/> ふつう | (事業対象含む)                                 |
| <input type="checkbox"/> 悪い  | <input type="checkbox"/> なし              |
| <input type="checkbox"/> 筆談  | <input type="checkbox"/> あり              |
| 目・見え方                        | <input type="checkbox"/> 利用表添付           |
| <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 住宅改修あり          |
| <input type="checkbox"/> 悪い  | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 _____回 |

## 1. 訪問先

自宅

病院【 名称： \_\_\_\_\_ 施設等 \_\_\_\_\_ 入院・入所日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 】

階・病棟 \_\_\_\_\_

号室 \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_ 相談員 \_\_\_\_\_

退院・退所予定日 未定・有 【 退院予定 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 】

その他 \_\_\_\_\_

## 2. 立ち会いの有無

ふりがな \_\_\_\_\_ 被保険者 \_\_\_\_\_

無・有 立会者名 \_\_\_\_\_ との続柄 \_\_\_\_\_

日程お知らせ希望

日程お知らせ不要

ケアマネ立ち合い有

## 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。

<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <<TEL _____>>	»	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネと日程調整
<input type="checkbox"/> 家族・親戚 <<TEL _____>>		
ふりがな _____		事業所名 _____
氏名 _____ (同居・別居) 続柄 _____		担当者名 _____
		TEL _____
<input type="checkbox"/> 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