

訪問調査確認票

被保険者名	本人 来庁	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 期限切れ ☐ 事業対象者 ☐ 区変・悪 ☐ 区変・好 ☐ 区変・不	
	有 ・ 無	前 歴	☐ 認定日 ☐ 転入日 年 月 日
		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 ☐ ふつう ☐ 悪い ☐ 筆談 目・見え方 ☐ ふつう ☐ 悪い	サービス利用 （事業対象含む） ☐ なし ☐ あり ☐ 利用表添付 ☐ 住宅改修あり ☐ 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 】 担当 _____ 相談員 _____ 号室 _____ 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 _____ 無 ・ 有 立会者名 _____	被保険者 _____ 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。

☐ 被保険者本人 <TEL _____> _____ ☐ 家族・親戚 <TEL _____> _____ ふりがな _____ 氏名 _____ （同居 ・ 別居） 続柄 _____	☐ 担当ケアマネと日程調整 事業 _____ 所名 _____ 担当 _____ 者名 _____ TEL _____
☐ 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
---	--	---	---------------------------------------