|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **訪 問 調 査 確 認 票** | コロナ延長歴　[ ]  無 | [ ]  有　認定日：　　　　年　　月　　日　　　　　　　 |
| 本人来庁 | [ ]  新規　[ ]  更新　[ ]  期限切れ　[ ]  区分変更　[ ]  事業対象者 |
| 前歴 | [ ]  認定日：[ ]  転入日：　　　　　年　　月　　日 | 介護度　　　　　　 |
| 被保険者名　　　　　　　　　　　　　　　 | 有・無 |
| 有効　期間 　　年　　月　　日～ 　　年　　月末 | 保険証回収 | [ ]  要[ ]  不要 |

名前には振り仮名をお願いします　　　　　　　　　　　　　　　　　　 被保険者　　　　　　担当ケアマネ

◎　申請者（窓口に来られた方）　　　　　　　　　　　　　　 　　　　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

耳が聞こえにくい

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい

[ ] いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　目が見えにくい

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] いいえ

**１．訪問先**

|  |
| --- |
| [ ] 　自宅[ ] 　病院【 病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　　　　　病棟　 　　　　　号室　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当　　　　　　　　入院　　　　月　　　日～　≪ 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　　　　　　　　　　　　　　　 退所　　　　　　　退所　　　　　　　　　担当　　入所　　　年　　月　　日～ 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　[ ] 　被保険者本人≪℡　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅 ・ 携帯　≫ | [ ] 　ケアマネ立ち合いあり |
| 　 ふりがな　[ ] 　家族・親戚≪℡　　　　　　 　　　　　　　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）　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｒ４．９　海部南部広域事務組合　弥窓口