|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **訪問調査確認票** | 本人  来庁 | 新規 　 更新 　 期限切れ 　 事業対象者 　区変･悪 | | | | |
| 前歴 | 認定日  転入日　　　　年　　月　　日 | 介護度 | | 区変･好  区変･不 |
| 被保険者名 | 有・無 |
| 有効  期間 　　年　　月　　日～ 　　年　　月末 | | | 保険証　　要  回収　　　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

**１．訪問先**　 居宅療養管理指導　　回

|  |
| --- |
| 自宅  　病院【 病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　　　　　病棟　 　　　　　号室  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当  　　　　　　　　入院　　　　月　　　日～　≪ 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  　　　　　　　　　　　　　　 退所　　　　　　　退所　　　　　　　　　担当  入所　　　年　　月　　日～ 予定　無　・　有【予定　　月　　日頃】≪相談員 　≫    　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≪℡　　　　　　　　　　　　　　　自宅 ・ 携帯　≫ | 名前  連絡先 |
| 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） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｒ６．７　海部南部広域事務組合　弥窓口