

訪問調査確認票

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 回収	☐ 要 ☐ 不要

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

担当ケアマネ
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

□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
_____ 年 _____ 月 _____ 日頃 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

被保險者

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 >> _____ ふりがな _____	名前 _____
		連絡先 _____
☐ 家族・親戚 << TEL _____ ふりがな _____ 氏名 _____	自宅・携帯・勤務先名称 _____ >>	
☐ 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