

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	保険証 <input type="checkbox"/> 要 回収 <input type="checkbox"/> 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）

◎サービスの希望・申請にいたる経緯、調査時の配慮など

被保険者
との続柄

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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 <input type="checkbox"/> 回 |

1. 訪問先

自宅

病院【名称：
施設等 入院・入所日 年 月 日 ~ 担当 相談員 階・病棟 号室
退院・退所予定日 未定・有 【退院予定 年 月 日頃】

その他

2. 立ち会いの有無

- ふりがな 被保険者 日程お知らせ希望
無・有 立会者名 との続柄 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事業所名
<input type="checkbox"/> 家族・親戚 <<TEL >>	担当者名
ふりがな 氏名 (同居・別居) 続柄	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