

認定調査(訪問調査)連絡票

★★訪問調査日については、事前にご連絡差し上げますので、確実に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

尚、こちらからの着信番号は、0895-49-〇〇〇〇となる場合がありますのでご注意ください。

★★調査は平日9時～16時のみの対応となります。また調査日時につきましては、ご希望通りとならない場合があります。

ふりがな		被保険者番号					
被保険者氏名							
世帯の状況		☐ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ 同居者あり（ ）					
調査に伺う場所 (本人が居る所)	☐ 自宅(住民票と同じ住所地)		行政区【 】				
	☐ 施設や病院	施設等の名称					
		施設等の所在地・電話番号		電話番号:			
		入院・入所日等		年 月 日から(病棟等:)			
		退院・退所予定		☐ 予定なし ☐ 予定あり(年 月 日頃)			
	☐ それ以外	ふりがな		本人との関係			
		訪問先の名前					
住所・電話番号		電話番号:					
認定調査の日程等の連絡先	☐ 本人	日中に連絡のつく電話番号					
	☐ 本人以外	ふりがな		本人との関係			
		氏 名					
		日中に連絡のつく電話番号					
調査の同席	☐ 同席あり (同席者の名前: 本人との関係:)						
	☐ 同席なし						
★ 現在受けている介護サービス及び定期的な受診等ありましたら、該当するところに ○ をつけてください ★							
1 利用していない			7 小規模多機能				
2 訪問介護	月	火	水	木	金	土 日	8 福祉用具レンタル (品目)
3 訪問入浴介護	月	火	水	木	金	土 日	9 福祉用具の購入(過去6ヶ月以内) あり ・ なし
4 訪問看護	月	火	水	木	金	土 日	10 定期的な通院
5 デイサービス	月	火	水	木	金	土 日	あり() ・ なし
6 ショートステイ			11 その他				
調査の際に配慮して欲しい事や調査員に事前に伝えたいこと	●難聴 (あり・少々・なし) ●認知症を疑うような言動 (あり・少々・なし)						
	●緊急連絡先として本人以外(申請者や家族など)の電話番号を記入して下さい						
	【氏名】 【続柄】 【電話】						

よく利用する薬局(不明な場合は記入不要)	
----------------------	--