認定調査（訪問調査）連絡票

★★訪問調査にあたってのお願い★★　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。

ふりがな				被保険者番号	
被保険者氏名					
世帯の状況	☐ 独居　☐ 高齢者夫婦のみ　☐ 同居（　　）				
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 〇 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 ・ なし ）　物忘れ（ あり ・ なし ） ★★原則、平日9時～16時のみの対応となります。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。★★