

## 訪 問 調 査 連 絡 票

※この連絡票をもとに訪問調査の日程等の調査を行います。該当の□へは✓をお願いいたします。

記入者氏名	(本人との関係: )	電話番号 ( )
調査対象者氏名	ふりがな	生年 明・大・昭 月日 年 月 日 ( 歳)
調査日を決める 際の連絡先	連絡先氏名 (本人との関係: )	
	電話番号① ( )	(携帯・自宅・勤務先)
	電話番号② ( )	(携帯・自宅・勤務先)
調査の同席者	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 上記連絡先の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方 (本人との関係: ) <input type="checkbox"/> なし ※できるだけ、ご家族や担当ケアマネジャー等のご同席をお願いします。	
家族形態	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 (同敷地内も含む)	
調査場所 (調査は祝日を 除く月～金曜日に 行います)	<input type="checkbox"/> 自宅 (住民票登録地) →※住所の記載は不要です。	
	<input type="checkbox"/> 自宅 (住民票登録地以外) →住所:	
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 →名称:	
	所在地:	
	電話番号: ( )	
	病院の場合①病棟・部屋番号 ( 病棟 号室)	
	②入院日と退院予定日 (入院日 年 月 日・退院予定日 年 月 日)	
調査時の 留意点	事前に調査員へ伝えておきたいこと、特別な配慮の必要などありましたらご記入ください。 <input type="checkbox"/> 本人の前で話しにくいことがある <input type="checkbox"/> 病名・病状の未告知 <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 室内飼いのペットがいる <input type="checkbox"/> その他 ( )	
申請理由・ 現在の状況	介護申請の原因と なる傷病名や症状	
	(新規申請以外の方)前回の訪問調査時と比べて、状態は <input type="checkbox"/> 悪くなった <input type="checkbox"/> 良くなった <input type="checkbox"/> 変わらない	
担当 (予定) ケアマネジャー	氏名: 事業所名: 電話番号 ( )	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーはいない

### 【市記入欄】

当日の電話連絡: 要 不要

連絡先: ① ② 対象者 その他

検温依頼済