

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。

フリガナ		電話番号①	()
被保険者氏名 (対象者)	(歳)	生年月日	明・大・昭 年 月 日
調査の同席者	<input type="checkbox"/> なし ※できるだけ、日頃の状態が分かる方のご同席をお願いします。 <input type="checkbox"/> あり 氏名：_____ 続柄：_____		
	電話番号②： () 電話番号③： ()		
調査日を決める際の連絡先	<input type="checkbox"/> 同席者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他連絡先 氏名：_____ 続柄：_____		
	電話番号④： () 電話番号⑤： ()		
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 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	現在の心身の状態・ 申請した目的等		
現在の状況	(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 □③ □④ □⑤ □その他
 検温依頼済