

<市による調査連絡表>

新規・変更(悪化・好転・不服)・更新

太枠内を必ず記入してください

被保険者番号		ふりがな 氏名		生年月日	T・S 年 月 日生
申請理由 ・状況	*変更申請は、悪化または好転した状況、不服の場合は不服理由を必ず記入				
希望する介護サービス					
介護が必要となっている 主病名・主訴					
その他の病気の有無					
予後(病気の経過)不良の場合	本人への告知の有無 (無・有)				
新型コロナウイルス感染症の1ヵ月以内の既往	無・有()				
認知症の有無(程度)	無・有()	意思疎通	可・否		
同居人の有無	無(独居)・有(家族構成:)				
調査場所	・自宅(住民票の住所、それ以外)、 駐車場の有無() ・自宅外…施設: 病院(病棟も記入): その他:				
調査時の家族立会の有無 ※必ず家族に確認のうえ ご記入ください。 記入がない場合、調査が遅 れる場合がありますのでご了承 ください。	有	立会者(氏名・続柄) *病棟看護師、施設職員などの記入は不要。特別な場合は記入してください。			
	無	調査日時の 連絡	不要・要(氏名:)		
調査日時調整及 び訪問時不在の 際の連絡先	氏名(続柄) ()		昼間連絡可能な電話番号 (*時間が限定される場合は具体的に記入)		
※日付は記入し ないでください。	*調査を希望する曜日、時間帯がある場合は○印を付けてください。 (月・火・水・木・金)曜日 9:30 11:00 13:30 15:00				
介護保険被保険者証 (添付済み・未添付理由書添付)					
調査にあたり気をつけること、連絡事項など:					

(介護保険課 使用欄)

訪 問 調 査 日 時		訪 問 先		担 当
月	日()	9:30 11:00	13:30 15:00	
(駐車場所)		調査立会い 有()・無		