

# <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

記入漏れがある場合、調査が遅れることがありますのでご注意ください。

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	<b>*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</b>			
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	無・有			
本人への告知	無・有 <span style="float:right">*がん等の場合のみ</span>			
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 <input type="checkbox"/> 住民票の住所 <input type="checkbox"/> それ以外の場所(住所: ) 駐車場: 無・有(敷地内・敷地外 ) ・自宅外 <input type="checkbox"/> 施設: (入所日 ) <input type="checkbox"/> 病院: (入院日 )			
調査に都合が悪い曜日、時間に×をつけてください	(月・火・水・木・金)曜日 9:30 11:00 13:30 15:00			
家族等の連絡先 (施設入所中の際は施設の連絡先)	氏名: (続柄: ) 電話番号: *8:30~17:15の間で連絡可能な番号 上記時間帯のうち、電話の時間が限定される場合は下記に記入してください。 ( )			
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。	有	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 他(氏名: 続柄: ) 電話番号:		
	無	病院で調査の際は病院スタッフが立会います → 立会い無しの場合、日時連絡をしておりませんのでご了承ください。		
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	備考
月 日( )	9:30 13:30 11:00 15:00		
駐車場: 無・有(敷地内・敷地外 )		調査立会い: 有( )	・無