

# 〈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		生年月日	T·S 年 月 日
氏名					
申請に至った経緯 ・現在の状況		<p>* 変更申請の場合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</p>			
介護が必要となっている主病名・主訴					
(がんの方用) 本人への告知		有 · 無			
認知症の有無		有 (軽度・中度・重度) · 無			
意思疎通の可否		可 · 否			
同居人の有無		独居 · 同居(夫婦のみ) · 同居(他 )			
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 : 有 (敷地内・敷地外) · 無 )			
	自宅外	<input type="checkbox"/> 施 設 : (入所日: 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 病 院 : (入院日: 年 月 日 )			
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			
日程調整の連絡先 (施設入所中の際は施設の連絡先)		氏名: ( 続柄 : ) T E L : * 8:30~17:15の間で連絡可能な番号 連絡可能な時間が限定される場合は下記に記入してください。 ( )			
家族立会いの有無 ※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: TEL: )		
		無	病院で調査の際は病院スタッフ等が立会います ↳ 立会い無しの場合、日時を連絡しておりませんのでご了承ください。		
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

月 日( )	9:30 11:00 13:30	と調整	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他
/ ( )			
駐車場: 有 (敷地内・敷地外) · 無		調査立会い: 有 ( ) · 無	
(調整・変更履歴)			