

〈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
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:) TEL: * 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	<div>病院で調査の際は病院スタッフ等が立会います</div> <p>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。</p>			
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 ()	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他
9:30 11:00 13:30	
/ () と調整	
駐車場 : 有 (敷地内・敷地外) ・ 無	調査立会い : 有 () ・ 無
(調整・変更履歴)	