



訪 問 調 査 連 絡 欄

この申請情報確認票は、認定調査が的確かつ円滑に行われるよう、ご本人の状況をお伺いするものです。

下記の必要事項を記入または○印をつけてください。ご協力をお願いします。

※町の調査員の調査実施は、平日の午前9時30分～午後4時の間です。

調査希望場所 ※現在いる場所	<b>自宅・親族宅・施設・病院・その他 ( )</b>	
	自宅以外 は記入⇒	所在地
		名 称
		施設病院等の 棟や部屋番号
	電話番号	( ) -
1 か月以内の 居所変更予定	該当に○ ⇒ <b>ない</b> ・ <b>ある</b> ( _____月_____日頃 入 退 院 ・ 入 退 所 の 予 定 )	
訪問調査時の 立 会 希 望	該当に○ ⇒ <b>希望なし</b> ・ <b>希望する</b>	
	立会を希望 する場合は 記入 ⇒	立会人氏名 (続柄: ) 電話番号 ( ) -
日程調整の連絡先	・ 本人(上記調査希望場所の電話番号) ・ 立会人 ・ その他 ⇒ 名称 _____ 電話 ( ) - 担当 _____	
調査時に特に気をつけてほしいこと	ご本人に未告知の病名、別室での聞き取りを希望、入院中の方は退院 予定日等、特別な配慮の必要がありましたら必ずご記入ください。 ●別室での聞き取りを希望 _____ <b>する・しない</b> ●入院中の方は退院予定日 _____ 年 月 日頃・未定 ●かかりつけの医師に最後に診察を受けた日 _____ 年 月 日頃 ●入院中の方は入院された日 _____ 年 月 日	
本人の心身状況	( ) 人の声が聞き取りにくい ( ) 電話を取るまでに時間がかかる ( ) 言葉が出にくい ( ) 物忘れがある 年相応である・認知症あり	
定期的な外出予サービスの利用状況 もしくは都合の悪い日があれば記入	訪問調査の日程を決めるに当たり、定期的な外出やサービスの利用状況について記入してください。 記入例 ⇒ (毎週〇曜日デイサービス、毎週〇曜日午後ヘルパー訪問、〇月〇日～〇日▲▲にてショートステイなど)	
* 新規・区分変更申請の方は、理由を簡単にご記入ください。		

記入者名 \_\_\_\_\_

(分かれれば担当ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_)