

訪問調査事前確認票（事前に調査員等に渡す資料です。）（更新・変更用）

受付

介護保険 被保険者番号										
本人氏名										

サービスの利用 状況について	<input type="checkbox"/> 利用している介護保険サービスはある。（予定も含む） <input type="checkbox"/> 利用している介護保険サービスはない。		
調査の立会につ いて	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 立会者あり <input type="checkbox"/> 施設・病院に 任せる	立会者氏名	《本人の場合は不要》
		本人との関係	※立会者がケアマネジャーの場合は、事業所名を記入
日程調整の連絡 について ※平日、日中に連 絡が取れる番号 をお願いします。	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同席者 <input type="checkbox"/> その他	氏名	《本人の場合は不要》
		本人との関係	
		連絡先 （自宅・携帯・ 勤務先等）	① () — ② () —
		連絡希望時間	いつでも良い ・ 午前 ・ 午後
訪問調査先につ いて	<input type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他	訪問先名	《本人宅の場合は不要》
		住所	TEL: _____
		入院（所）日	年 月 日 ・ 不 明 病 棟 階 号 室
		退院予定日	年 月 日 ・ 未 定
		<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>※退院後の予定が決まっている方</p> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院（病院名： _____） <input type="checkbox"/> 施設（施設名： _____） </div>	
訪問調査の都合 について	① <u>調査の日程について（原則、平日の月曜日から金曜日に行います。）</u> ・ いつでもよい ・ 都合の悪い日（ _____ ） ② <u>訪問時間帯について</u> ・ いつでもよい ・ 午前がよい ・ 午後がよい ③ <u>その他、調査員に事前に伝えたいことがあればご記入ください。</u>		
その他	調査員用駐車場： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 家の表札： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		