|  |  |
| --- | --- |
| **受付** |  |

**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）**

**被保険者番号　（　　　　　　　　　　　　）**

**本人氏名**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービスの利用状況について** | * 利用している介護保険サービスはある。（予定も含む）
* 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** | **□** 本人のみ**□** 立会者あり**□**　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。** | **□** 本人**□** 同席者**□** 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** | **□**　本人自宅**□**　施設**□**　病院**□**　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　　　**※退院後の予定が決まっている方****□** 自宅**□** 転院（病院名：　　　　　　　　　 ）**□** 施設（施設名：　　　　　　　　　 ） |
| **訪問調査の都合について** | 1. **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。）**

　　　・いつでもよい　　　・都合の悪い日（　　　　　　　　　　　　　　）1. **訪問時間帯について**

・いつでもよい　　　・午前がよい　　　　　・午後がよい1. **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。**
 |
| **その他** | 調査員用駐車場：□ある　□ない 家の表札：□ある　□ない |