|  |  |
| --- | --- |
| **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）**

**被保険者氏名（代筆可）**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |
| **日程調整の連絡について** | **□** 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** | 1. （　　　　　）　　　―
2. （　　　　　）　　　―
 |
| **連絡希望時間** | いつでも良い・午 前（　　　　）・午 後（　　　　）その他：  |
| **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** |  |
| **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** | ※デイサービス・ショートステイ・病院等で不在の曜日・時間帯をご記入ください。※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。　 |
| **駐車場** | * ある　　　**□**ない

**≪調査場所が施設・病院の場合は不要≫** |