



# 訪問調査連絡票

\*訪問調査の日時は、調査員から電話連絡のうえ、ご相談させていただきます。  
 \*本人・同席者等への調査日時連絡は、調査日時相談者からお願いします。

**※担当ケアマネジャーの情報は必ず記入してください。**

調査員記入欄

被保険者 番号	0 0 0	被保険者 氏名				
→ 調査日時相談者に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 本人	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー	事業者名				
		担当者 氏名		調査同席	有 ・ 無	
		電話番号	(職場)	(携帯)		
	<input type="checkbox"/> 上記以外	氏名				
		被保険者 との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄: )	調査同席	有 ・ 無	
電話番号		(自宅)	(携帯)			
訪問調査先 住民票と違う場合	入院・入所 施設名等	( 号室)				
	住所	※マンション等の方は、棟名・部屋番号までご記入ください。 (電話番号 ) ( 方)				
同居人の状況 (該当に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 無(独居) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
介護サービス利用状況 (現在利用している在宅サービス 該当に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) ( 曜日) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) ( 曜日) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)(次回予定: 月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> その他( )					
備考 (調査時に留意してほしいこと、通院等で都合の悪い曜日、入院中の方は退院予定日などを記入してください)	※新規申請の方は申請理由もご記入ください。					

\*調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますのでご了承ください。