調査希望連絡票

被保険者番号	□□□□□□□□□□
被保険者氏名	
申請理由 （新規・更新・区変理由） ↓ ※更新対象者のうち、次に該当する方は右の欄の記入をしてください。 ・現在サービス未利用者 ・前回と比べて状態の変化がある者	**※レ（チェック）または必要事項をご記入ください。** ●本人の状況　※複数選択可 □身体機能の低下　□認知機能の低下　□問題行動 ※具体的な状況と申請の理由をご記入ください。入院中の場合は入院の理由も併せてお願いします。 ●利用したい介護保険サービス □訪問サービス（ヘルパー等）　□通所サービス（デイサービス等） □住宅改修　□福祉用具　□施設入所
訪問調査関係	**※レ（チェック）または必要事項をご記入ください。** ●調査場所　□自宅　□自宅以外 ※病院名・施設名をご記入ください。自宅以外の一般住宅の場合は住所及び表札をご記入ください。 病院の場合→病棟階数:　入院予定期間: ●駐車場　□敷地内　□敷地外　（　　） ●立ち会い希望　□無 □有　（名前：　続柄：　電話番号：　） ●日程調整連絡先 □本人　□立会者 □その他　（名前：　本人との関係：　電話番号：　） ●連絡希望時間帯（特に指定がある場合） 〔　　〕 ●調査希望枠【AM(9:00～11:00)、PM(13:30～15:00)】　※複数選択可 月 火 水 木 金 AM・PM AM・PM AM・PM AM・PM AM・PM □いつでも可（土日祝祭日を除く） □日時指定（　月　日　：　頃） 調査希望枠を参考に、訪問日時を電話にてお知らせします。日時指定は既に枠が無く希望に添えない場合があります。病院や施設では診察・リハビリ・入浴等で希望に添えない場合があります。また、調査は１日に複数件訪問する日もありますので、訪問時間が多少前後する場合があります。 ●現在受けているサービス ※サービス名・事業所名・利用回数・利用曜日をご記入ください。 ●家族状況　□独居　□同居者あり　（続柄：　） ●調査時に注意することなど、調査員への連絡事項 〔　　〕