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）

※更新申請のうち、次に該当する場合は右の欄に記入をしてください。

・現在サービスを利用していない
・前回と比べて状態の変化がある
・過去6か月以内に医療機関への入院歴がある

※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:　　）

立ち会い希望者の居住地　□市内　□市外（場所:　　）

●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。住宅改修の有無、利用している福祉用具の種類も併せてご記入ください。

●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

〔　　〕