

# 調査希望連絡票

被保険者番号

0	0	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

被保険者氏名

申請理由  
(新規・更新・区変理由)

※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 ※環境要因によるものではなく、身体的な状況でチェック
- 一人で歩くことができない (杖や歩行器を使用しても歩行できない) 一人で食事をすることができない
- 一人でトイレで排泄することができない 物忘れが進行し、日常生活に支障がある その他

※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。

※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

- 主疾病 ( )
- 利用したい介護保険サービス 訪問サービス(ヘルパー等) 施設入所
- 通所サービス(デイサービス等) 福祉用具・住宅改修 その他( )

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 続柄： ( )
- 有 (名前： 電話番号： )

- 日程調整連絡先 本人 立会者 本人との関係： ( )
- その他 (名前： 電話番号： )

- 連絡希望時間帯(特に指定がある場合) ※調査員からの電話に出られない場合、折り返し連絡をお願いします。

- 調査可能枠 認定調査は平日のAM(9:00~11:00)、PM(13:30~15:00)の枠で行います。

月	火	水	木	金
AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM	AM・PM

日時指定希望がある場合、以下をご記入ください

- 第一希望日 月 日 【日時指定が必要な理由】
- 第二希望日 月 日 立会家族等の仕事の都合
- 第三希望日 月 日 その他 ( )

日時指定は既に枠が無く、ご希望に添えない場合があります。複数件訪問するため、訪問時間が多少前後することがあります。

- 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。短期入所(ショートステイ)の利用(予定)がある場合は、日付をご記入ください。

- 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