

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡の上、訪問調査日時を相談させていただきます。※ 82-2079 より電話します。

1. 申請者にチェックをつけてください。 家族 本人 事業者 包括

2. 介護認定を受ける人の世帯状況にチェックをつけてください。
 独居 高齢世帯 家族と同居 施設に入所 その他 ()

3. 申請の種類及び申請理由にチェックをつけてください。
 ① 申請種類 新規 更新 変更
 ② 申請理由
 申請をすすめられた： 家族 知人 病院職員 その他 ()
 介護保険サービスを利用したい
 その他 ()

4. 現在利用している介護サービスの状況についてチェックをつけ、利用されている曜日等に○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> その他()	月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 通所介護	月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> レンタル	有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 通所リハ	月・火・水・木・金・土・日	<input type="checkbox"/> 住宅改修	有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 短期入所	月・火・水・木・金・土・日	定期的な通院の有無： 有 ・ 無 通院有の場合病院名 ()	

※ 病院に通院されている場合、定期的な通院の有に○を入れ、病院名を記入してください。

5. 訪問調査先にチェックをつけ、自宅以外は下線の項目を記入してください
 自宅
 施設・病院等 施設・病院名 (号室) 退院予定 月頃
 自宅以外の個人宅 訪問先氏名 Tel - -
 訪問先住所

6. 訪問調査時の同席者について記入してください。
 ◆ 同席者の氏名、本人との関係、連絡先を記入してください
 同席者の氏名 本人との関係 (例：家族、施設職員等)
 日中の連絡先 (携帯電話など) - -
 連絡が取れる時間 (曜日の 午前・午後 時 ~ 午前・午後 時まで)
 ※ 月曜日から金曜日の午前8時30分～午後4時30分までの時間を記入してください

7. 調査に当たり、都合の悪い曜日に X をつけてください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

※土曜、日曜、祝日は、調査を行っていません。

8. 調査員に伝えておきたいことがあれば記入してください。
 (記入例) 難聴、言語の理解ができない、意思の伝達ができない、もの忘れがあるなど

9. その他 (記入してください。)
 ① 利用している居宅介護支援事業所 () ② 担当ケアマネージャー ()