

訪問調査連絡票

申請書(表面)とは別に、訪問調査を行うために事前に必要事項をお尋ねするものです。

調査希望場所 (希望する場所に☑をし てください。) ※実施場所は、原則とし て日頃の状況を把握 できる場所において、 調整の上行います。	<input type="checkbox"/> 自宅	
	<input type="checkbox"/> 施設等(有料老人ホーム等を含む) 施設名: _____	
	<input type="checkbox"/> 病院 病院名 _____ 病棟 MSW 等: _____ 退院予定 未定・有 (月 日頃) ※症状固定もしくは、退院調整が行われる状態で実施します。	
	<input type="checkbox"/> 住所地以外の住居 住所: _____	
調査立合い者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 家族(_____) <input type="checkbox"/> 包括職員(_____) <input type="checkbox"/> 施設職員(_____) <input type="checkbox"/> ケアマネ(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
	<input type="checkbox"/> 無	
日程調整の連絡先 (日程調整の連絡をさ せていただく方を記 入してください。)	氏名 _____ 被保険者とのご関係(_____)	
	住所 _____	
	電話 _____	
	携帯番号 _____ 平日の 8:30~16:30 の間で 連絡のとれる時間帯をご記入ください (_____)	
サービスの利用状況等 (調査の日時指定はでき かねますが、ご相談の 上決めさせていただきます ですのでご協力ください。)	デイサービス等の利用日に○をしてください (月・火・水・木・金・土・日)	
	ショートステイの予定がありましたら記入してください。 (_____) 調査を希望する曜日等があれば記入してください (_____)	
備 考		

・認定調査は土日祝日等を除く9:00~16:00の間のおおむね1時間程度で行います。