


訪問調査連絡票

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

被 保 険 者 番 号				被 保 険 者 氏 名				
訪問調査先 (<u>住民票と違う</u> 場合のみ)	住 所 (マンション等の方は 棟名及び部屋番号ま でご記入ください。)			() 方 電話番号： ※駐車する場所の有無 有 ・ 無				
	どちらかに ○をつける	入院、入所先 (医療入院中、 介護保険施設、ケアハ ウス、グループホーム 等に入所している場合)			※入院の方はできる限り病室の部屋番号まで記入してください。 () 号室			
		退 院 退 所 予 定 ※該当に○				有 (月 日予定) 無		
同居人の有無				有 ・ 無 (独居)				
同席希望の有無				有 ・ 無				
<u>同席希望される方は</u> ご記入ください。 ※こちらに記入した方へ調査日時につ いて調査員から連絡します。 対象者の日頃の状況をよくご存じの 方をお願いします。				 フリガナ氏名.....被保険者との関係..... 住所..... 電話番号 (日中昼間)				
<u>都合の悪い曜日や時間帯</u> ※どちらかに○				有 () 無				
その他連絡先 ※同席者以外で伝えたいことがある方 は記入してください。				フリガナ氏名	被保険者との関係			
				電話番号				
備 考 申請理由・希望する介護サービス等 ※入院中の方はどのような理由で 入院されているか記入する。								

調査時に留意して欲しいことなどある場合は備考欄に記入してください。