

介護保険訪問調査における事前情報

★調査当日の立会者について★

(家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況を把握している方にお願いします。)

* 平日の日中に連絡が取れるところをご記入いただきますようお願いいたします。

* 立会者の有無をどちらかに☑をお願いします。

| | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 立会者あり(下記にご記入をお願いします。) | <input type="checkbox"/> 立会者なし |
| 氏 名 _____ | |
| 住 所 _____ | |
| 電話番号 _____ | |
| 調査対象者との関係 _____ | |
| * 立会者が家族以外で、家族等の連絡先などある場合は、下記にご記入をお願いします。 | |
| 氏 名 _____ | |
| 電話番号 _____ | |
| 調査対象者との関係 _____ | |

★訪問調査日程調整について★

都合が悪い曜日や時間帯があれば×のご記入をお願いします。

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|----|---|---|---|---|---|
| 午前 | | | | | |
| 午後 | | | | | |

* 午前 ⇒ 9:00～12:00

午後 ⇒ 13:00～17:00 となります。

訪問先

訪問先に☑をつけ、ご記入をお願いします。

| | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自 宅 | 施設名または病院名など (病棟 階 号室) |
| <input type="checkbox"/> 自宅以外 (右側に記入) | 所在地 電話番号 () |

その他特記すべき事項

(サービス利用希望(予定)、最近の入所・入院状況、疾病・認知症の状況等、認定手続にあたり留意すべき事項があれば、記入してください。)