

代筆者氏名 _____ 本人との関係 _____ (裏面へ)

訪問調査事前メモ (新規・変更・更新)

※太枠 ☐ 内をご記入ください。

※このメモは、訪問調査のために使用します。

フリガナ			電話番号		
被保険者氏名			電話番号		
申請書 記入者氏名		続柄もしくは 事業者名		電話番号	
調査の 同席者 ※可能な限り、 日頃の状態が 分かる人	☐ 親族（同居・別居）	フリガナ			続 柄
	☐ ケアマネジャー	氏 名			
	☐ 施設・病院等職員	※連絡先は、日中に連絡が取れる番号を記入してください。			
	☐ その他（ ） ☐ なし ※同席がない場合は、1人に対応できる事、 ご家族の了承が得られているか、必ずご確 認ください。	第一連絡先（ ）			
		第二連絡先（ ）			
日程調整者	☐ 同席者と同じ				
	☐ ケアマネジャー、施設・病院等職員（担当者名： 連絡先： ）				
	☐ その他（フリガナ 氏名： 続柄： 連絡先： ） ※日中に連絡がとれる番号を記入してください				
日程調整に 関する 留意事項	※訪問調査は原則平日9：00～15：30内で実施しています。 都合が悪い曜日など日程調整をするにあたり、留意事項がある場合は簡潔に記入してください。				
訪問調査先 ※いずれかに チェックし、 必要事項を記入	☐ 自宅 ※駐車場 あり・なし（ ）				
	☐ 居住地（住民票と異なる場合） 宅（住所： ）				
	☐ 病院名 階 病棟				
	入 院 日 年 月 日～（担当相談員： ）				
	退院予定日 年 月 日				
	転院予定日 年 月 日（転院先： ）				
※調査可能な状態（安定している状態）であることをご確認のうえ、ご提出ください。					
☐ 施設名 （担当相談員： ）					
入 所 日 年 月 日～（電話番号： ）					
調査に関する特記事項 ※訪問調査を実施するにあたり、調査員に留意してほしい点などを簡潔に記入してください。					

受付場所	☐ 市民課	受付者	
	☐ 伯太地域センター		
	☐ 介護保険課		