

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	<input type="checkbox"/> 親族 (同居・別居)	フリガナ			続柄
	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	氏名			
	<input type="checkbox"/> 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。			
	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし	第一連絡先 ()			
	※同席がない場合は、1人で対応できる事、 ご家族の了承が得られているか、必ずご確 認ください。		第二連絡先 ()		
日程調整者	<input type="checkbox"/> 同席者と同じ <input type="checkbox"/> ケアマネジャー、施設・病院等職員 [担当者名: _____ 連絡先: _____] <input type="checkbox"/> その他 [フリガナ _____ ※日中に連絡がとれる番号を記入してください 氏名: _____ 続柄: _____ 連絡先: _____]				
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	<input type="checkbox"/> 自宅 ※駐車場 あり・なし () <input type="checkbox"/> 居住地 (住民票と異なる場合) _____ 宅 (住所: _____) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 市民課	受付者	
	<input type="checkbox"/> 伯太地域センター		
	<input type="checkbox"/> 介護保険課		