

## 訪問認定調査連絡票（新規・更新・変更）

### 訪問調査にあたってのお願い

- ・迅速・正確に訪問調査を行うために、できるだけ詳しくご記入いただきますようお願いいたします。
- ・連絡先は、**日中連絡がつきやすい電話番号**をお書きください。
- ・鬼北町役場からの着信番号は**0895-49-6800**となる場合があります。

<b>被保険者氏名</b> <small>ふりがな</small>	被保険者番号 <b>0000</b>
--------------------------------------	-----------------------

<b>家族の状況</b>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者と2人暮らし <input type="checkbox"/> 子供夫婦と___人暮らし <input type="checkbox"/> 子供と___人暮らし <input type="checkbox"/> その他( )
--------------	---

<b>調査場所</b> <small>(該当する番号に○をつけ詳細を記入してください。)</small>	<b>1 自宅</b>		
	<b>2 病院</b>	病院名	病棟
	<b>3 施設</b>	住所	電話番号
	<b>4 その他</b>	住所 氏名	電話番号 本人との続柄

<b>調査日</b>	<small>ふりがな</small> 調査日の相談者		本人との続柄																			
	日中の連絡先	電話番号	自宅／携帯／勤務先																			
調査希望日 <small>(都合のよい所に○を記入してください。)</small>		(同席者氏名)																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;">月</td> <td style="width: 5%;">火</td> <td style="width: 5%;">水</td> <td style="width: 5%;">木</td> <td style="width: 5%;">金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	午前						午後						同席者 有無	<input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> なし	電話番号 本人との続柄	
	月	火	水	木	金																	
午前																						
午後																						

<b>現在の介護サービス利用状況について○または記入をしてください。</b>								
1 利用していない				7 ショートステイ ( 月 日 ~ 月 日 )				
2 訪問介護	月	火	水	木	金	土	日	8 小規模多機能 ( 日/月 )
3 訪問入浴介護	月	火	水	木	金	土	日	
4 訪問看護	月	火	水	木	金	土	日	9 福祉用具貸与等 ( )
5 デイサービス	月	火	水	木	金	土	日	
6 デイケア	月	火	水	木	金	土	日	

<b>訪問調査を実施するにあたり、留意事項・事前に伝えておきたいこと・受診予定日等がありましたら記入してください。</b>		
難聴 ( 有 ・ 無 )	物忘れ ( 有 ・ 無 )	調査員にのみお話ししたいこと ( 有 ・ 無 )

### 認定結果通知書・被保険者証送付先住所

住所以外へ今回の結果通知の送付を希望する場合は記入してください。 ※今回の結果のみの送付となります。

送付先住所	〒 _____ 電話番号 _____
<small>ふりがな</small> 送付先氏名	本人との続柄