

訪問調査連絡票

この連絡票は、訪問調査を実施するに当たり事前に確認が必要な事項について伺うものです。
該当するところに記入または✓をしてください。
この連絡票を基に訪問調査の調整等させていただきますので、ご協力をお願いします。

被保険者番号																※保険者・事業所記入欄 訪問調査： 月 日（ ） ：
											場 所： 立会者 ： ☐ なし ☐ あり（ ）					
被保険者氏名 （調査対象者）	フリガナ										氏 名 続柄等（ ） ケアマネージャの場合（事業所名 ）					
日程調整のための連絡先 平日昼間に連絡の取れる電話番号を記入してください	フリガナ										☐ 本人 ☐ 同居 ☐ 別居等 ☐ 事業所 ☐ 他					
	氏 名										継続先② ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 職場 ☐ 他					
	連絡先① ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 職場 ☐ 他										※日程調整の連絡は午前8時30分から午後5時15分までの間に電話にて差し上げます					
調査立会者	☐ なし ☐ 上記の連絡先の方 ケアマネージャの場合は事業所名も記入してください。 フリガナ 事業所名（ ）															
	☐ あり 氏 名 続柄等（ ） 電話（ ）															
訪問調査先 訪問調査は、日頃生活されている場所で行います。 ※3つの□のうちいずれかに必ずチェックをお願いします。	☐ 住民票記載の住所 ☐ 入所先・入院先 医療機関・施設名															
	入院の場合（病棟名等 ）（例：〇〇病棟3F南、本館4F北）															
	入院中で、転院又は退院予定がある場合は、下記も記入してください。 転院・退院予定先（ ）															
	予定日（ 年 月 日頃） 電話（ ）															
	☐ その他 住所 電話（ ）															
認知症の有無	☐ なし ☐ あり															
主たる疾病	☐ 特になし ☐ あり （疾病名： ） （例：脳梗塞、パーキンソン病、〇〇骨折）															
その他留意事項	調査において特に配慮が必要なことや注意事項等、認定調査員にあらかじめ知っておいてほしいことや話したいことがあれば記入してください。															

《町处理欄》

被保険者証 ☐ 有	資格者証発行 ☐ 済	医療保険情報確認 ☐ 済	介護保険料確認 ☐ 済	調査連絡調整（調査員記入） 月 日 対応者：
-------------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------