

訪問調査先確認票（新規・更新・介護・変更）

被保険者番号

0	0	0	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

ご本人（被保険者）氏名：

（介護度： 認定期間：H 年 月 日まで）

1. ご本人が今現在いらっしゃる場所の口をチェックし、必要事項を記入してください。

- 自宅（住民登録のある所） 病院・施設（老人ホーム・介護保険施設・ケアハウス 等）
 その他（ ）

住所： 電話

名称： ※入院中（ 病棟 号室）

2. (1) 希望調査場所 駐車場の有無 ある なし

住所：

(2) 訪問調査日を決める際の連絡先

(9時から17時の間に連絡がとれる電話番号・携帯電話・職場等を必ずご記入ください)

ふりがな
お名前 (本人との関係 /同居・別居)

電話 ①第1希望： ②第2希望：

(3) 訪問調査に立ち会ってくださるご家族 ※(2)の連絡先と異なる場合のみ記入してください。

お名前 (本人との関係 /同居・別居)

◎ 家族以外の立会い者があれば記入してください：ケアマネ・その他（ ）

(4) 訪問調査は月～金（休日・夜間除く）に行います。ご本人及び立ち会いの方のご都合により、調査の受け入れが困難な曜日・時間帯がありましたら下表に × を記入して下さい。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

3. 現在利用している介護保険サービスがありましたら、口をチェックしてください。

- 訪問介護（曜日： ） 訪問入浴（曜日： ） 訪問看護（曜日： ）
 デイサービス（曜日： ） デイケア（曜日： ） 訪問リハ（曜日： ）
 ショートステイ（ ～ ） 福祉用具レンタル 福祉用具購入 住宅改修
（ ） （ ）

※担当ケアマネ：事業所名 TEL 氏名

4. ご本人の心身の状況や申請理由をできるだけ具体的に記入してください。

受付