|  |
| --- |
| 訪問調査連絡票（区分変更） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 本人の所在等 | 入院機関名入所施設名 | （　　　　　病棟） |
| 訪問調査先住所 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 同居人の有無 | 有　・　無（独居） |
| 訪問調査日程調整に係る連絡先 | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | 　 |
| 続　柄 | 　 |
| 連絡先 | 　 |
| 連絡がつく時間帯 |  |
| 調査日程 | ・いつでもよい |
| ・希望日がある（土・日・祝日を除く）　候補日を３日間程度記入してください |
| 調査に同席 | 希望あり　・　希望なし |
| 　現在介護保険サービスを利用し　ていますか | １.利用している　　　２.利用していないどちらかに○を付けてください。 |
| 　利用している場合は、サービス　の種類を記入してください | 　 |
| 現在の身体状況 | 　 |
| 連　絡　事　項 | 　 |
| 代 行 事 業 所 名 |  事業所名  |
| (代行申請時のみご記入ください。) |  担当者名  | 　 | （TEL　　　 　 　　） |