|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　 　 　　） |