

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 (代行申請時のみご記入ください。)	事業所名 _____ 担当者名 _____ (TEL _____)	