



# 確認事項

① 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

② 現在の所在  自宅 (住所 \_\_\_\_\_ )

※介護保険証記載の住所と異なる場合のみ記入

病院・施設 (名称 \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 室 \_\_\_\_\_ )

③ 訪問調査日程調整の連絡先 (平日日中に連絡のつく電話番号をお願いします)

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

TEL① \_\_\_\_\_ TEL② \_\_\_\_\_

※立会者が上記の方と異なる場合のみ → 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄等 \_\_\_\_\_

④ 月～金曜日のうちで、訪問調査に都合の悪い曜日・時間帯

月	火	水	木	金
～	～	～	～	～
∴	∴	∴	∴	∴
∴	∴	∴	∴	∴

⑤ サービスの利用 (当月の一日の利用回数を記入)

訪問介護

月	火	水	木	金	土	日

訪問看護

月	火	水	木	金	土	日

通所介護 (デイサービス・デイケア) 等

月	火	水	木	金	土	日

短期入所 (ショートステイ) 等

( 月 日 ～ 月 日 )

福祉用具等のレンタル 有 ( ) ・ 無

その他のサービス (オムツ等) 有 ( ) ・ 無

⑥ 特記事項

★身体・生活・認知機能や病気の状態など	★家族状況 (同居の有無、支援状況)
★今後利用していきたいサービスなど	
★その他 (現在入院中の場合は、退院・転院の目処など)	