

介護保険訪問調査予定表(新規・変更・更新)

御本人	フリガナ 氏名： -----
	住所：蓮田市 (様方) -----
	電話番号： -----
申請者	*本人以外の場合は、氏名又は事業者名を記入して下さい -----
	氏名又は 事業者名： -----
連絡先	*普段(日中に)連絡のとれる方の連絡先を記入して下さい -----
	氏名： 続柄： -----
	電話番号： (自宅・勤務先・携帯・その他) -----
調査場所	*該当するところに○をつけて、住所・名称を記入して下さい -----
	・自宅：蓮田市 (様方) *訪問時の調査員の駐車場(有・無) *ペット(いる・いない) -----
	・病院(名称)： 病院所在地： (階 号室) 電話番号： -----
	・施設(名称)： 所在地： 電話番号： -----
調査同席者	*できるだけ、ご家族の方が同席して下さい -----
	・有 氏名： 続柄： -----
	・無 -----
家族の状況	・一人暮らし ・夫婦二人暮らし ・その他(二世帯、三世帯など)
訪問調査	第一希望日： 月 日() 午前 午後 時 分 -----
希望日	第二希望日： 月 日() 午前 午後 時 分

※ここから下は、市役所で記入します

調査予定日	月 日() 午前 午後 時 分
-------	------------------

----- 切 り 取 り -----
介護保険訪問調査予定票 (御本人様控)

調査予定日 月 日() 午前 午後 時 分

訪問予定調査員()

都合により、調査員の変更や到着時間の前後がありますが、ご承知ください。

* 調査予定日等のご都合が悪くなりましたら、速やかに担当までご連絡ください。

* 調査時にはペットは別室にお願いいたします。

担当 蓮田市役所長寿支援課介護保険担当 TEL768-3111 内線145

※代行申請者（ケアマネジャー、地域包括支援センター、ほか）はこの面も記入してください。

調査員（ ） 前回認定調査（ / ）（ ） 記入者（ ）

【本人の状況】

被保険者証（ 済 / 預かる ） 資格証（ 済 / 渡す ）

【介護認定】 新規 事業対象者 要支援（ ） 要介護（ ）

【利用中サービス】 利用あり 利用なし 医療サービス（ ）

訪問介護（ / ） 訪問看護（ / ） 訪問リハ（ / ） 通所介護/通所リハ（ / ）

福祉用具貸与（ ）

福祉用具購入（ ） 住宅改修（ある / なし）

短期入所（施設名： ）（ / ）

施設入所（施設名： ）（ / ）

【入院歴】 入院中 退院済 なし **【受診歴】** 前回受診（ / ） 次回受診（ / ）

（期間：H・R / / ~ H・R / / ）（手術：あり（ / ））

（病院名： ）

（病名： ）

【既往歴、入院に至った経緯など】

[]

【検討しているサービス※区分変更の場合、増加するサービスを記入】 サービスの自費（ある / なし）

訪問介護（ / ） 訪問看護（ / ） 訪問リハ（ / ） 通所介護/通所リハ（ / ）

福祉用具貸与・購入（ ） 住宅改修 訪問入浴（ / ）

短期入所（施設名： ）（ / ）

施設入所（施設名： ）（ / ）

【連絡事項（身体状況・家族状況・生活歴・新規申請や区分変更申請に至った理由など）】

[]

※調査とは別に家族への聞き取り 必要・不要