|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査時の立会い（同席）の有無を丸印で囲んでください。 | | | | 有　　・　　無 | |
| 調査訪問先  ※該当するものに☑をして下さい | □　自　 宅 | 住民票の住所と異なる場合に記入  住所： | | | |
| * 自宅以外 | 施設名等 |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | （　 　　　） - | | |
| 調査に立会いされる方  の連絡先 | 氏　名 |  | | 本人との関係 | 家族（続柄：　　　）  その他（　　　　　） |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | 自宅 ・ 携帯 ・ その他( )  （　　　　）　　　 - | | 連絡可能な  時 間 帯 | 午前・午後　 ： |
| ご家族の連 絡 先  ※立会者と同じ場合は記載不要 | 氏　名 |  | | 本人との関係 | 家族（続柄：　　　）  その他（　　　　　） |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | 自宅 ・ 携帯 ・ その他( )  （　　　　）　　　 - | | 連絡可能な  時 間 帯 | 午前・午後　 ： |

**■訪問調査の立会者・連絡先等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家　族　構　成 | 独居・　 人暮らし（夫・妻・息子・息子の妻・娘・孫・その他　　　　） | |
| 原 因（主症状） |  | |
| 医療機関の  受 診 状 況 | 通　院 | かかりつけ医：　　　　 　　 主治医： 　　　　　　　　 Dr |
| 認定申請の相談： 有 ・ 無 　　　　受診日：　　 月　 　日　 予定 |
| 入院中 | 医療機関名：　　　　　　 　 担当医：　 　 Dr |
| 入院期間：　 月 　　日 ～ 　 月　　 日 / 退院予定：　有 ・ 無 |
| 希望するサービス | ・デイ　・デイケア　・訪問介護　・訪問看護　・福祉用具貸与等（　 　　 ）  ・住宅改修　・施設入所検討中　・認定結果後検討予定　・その他（　　　 ） | |
| そ 　の　 他 |  | |

**■対象者に関する聞きとり**

◇市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 入　力 | 資格者証発行 | 主治医  依 頼 | 徴　収 | 送付先  変更設定 | 調査員  確 認 | 調査日時 | そ の 他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |