訪問調査連絡票

※この連絡票をもとに調査員から電話連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。
※調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますのでご了承ください。

被保険者番号										被保険者氏名
0	0									

認定調査場所	□ 自宅 □ 入院している病院 （病院名: 病室等: ） （入院理由: ） □ 入所している施設 （施設名: ） □ その他 （住所: ）	
認定調査同席者 ※同席しない場合は、家族の連絡先をご記入ください。	同席を希望 □ する □ しない ※日頃の様子を把握している方の同席をお願いします。 ※入院中は同席できない場合があります	
	フリガナ 氏名	本人との関係
	電話番号	連絡可能な曜日・時間帯
日程調整時の連絡先	※同席者と同じ場合は記入不要です。 フリガナ 氏名	本人との関係
	電話番号	連絡可能な曜日・時間帯

担当ケアマネ	事業所名		担当者名	
ケアマネの同席	□ 同席あり		□同席なし	
サービス利用状況	□ デイサービス （月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日） □ ヘルパー （月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日） □ 短期入所（ショート）（申請前後の利用日: 月 日～ 月 日） □ 福祉用具貸与、購入 □ 住宅改修 □ その他（ ）			
同意事項	□ 認定調査に支障が生じる場合があるため、調査時の録音・動画撮影は原則お控えいただきますようお願いいたします。			
備　考 ※調査の際に配慮してほしいこと等あればご記入ください。				

●調査時間は、約1時間～1時間半になります。
●調査は、午前9時～11時30分、午後1時～4時の間で実施しております。
●日程調整の連絡時間は、 8:30～12:00、13:00～17:15 となっております。
●土曜・日曜・祝日の調査は実施しておりませんのでご了承ください。
●当日、体調が悪い場合は調査を延期させていただきますのでご連絡ください。

内子町役場 介護保険係
★0893－44－6154（課直通）より電話します。