

<< 認定調査連絡票 >>

受付_____

1. ①申請理由（病名・症状等も分かれば記載） ②現在のサービス利用状況

	・訪問介護（ 回/月） ・通院乗降（ 回/月） ・デイサービス（ 回/月） ・住宅改修 ・デイケア（ 回/月） ・施設入所 ・訪問看護（ 回/月） ・福祉用具貸与/購入 ・その他（ ）
-------------	--

2. 訪問調査先

①申請書のとおり

②病院/施設名_____（ 号室）/入院日_____ /退院予定_____ 頃

③別の場所 住所_____ 名称_____

電話_____

3. 同席者

①なし

②氏名_____（本人との関係： ）

日中連絡先（携帯電話など）_____

ケアマネージャーの同席	
①あり ②なし	
氏名（ ）	
事業所名（ ）	
電話番号（ ）	
調査員からの日程連絡 ①要 ②不要	

4. 日程調整は、どなたとすればよいですか？

①本人

②氏名_____（本人との関係： ）

日中連絡先（携帯電話など）_____

5. 調査にあたり、都合の悪い曜日に×をつけてください。 ※土曜、日曜、祝日の調査は不可

①	月	火	水	木	金
午前					
午後					

②都合の悪い日はなし

6. 駐車スペースの有無（該当に○）

敷地の駐車場 前面道路 側面道路 その他（ ）

7. 資格者証について（該当に○）

自宅へ郵送 本人に手渡し その他（ ）

8. 担当ケアマネジャーについて

①なし

②3. 同席者のケアマネジャーと同じ

③氏名_____ 事業所名_____

日中連絡先（携帯電話など）_____

9. その他、調査員への伝達事項