

訪問調査連絡票(市調査圏外用)

記入日： 年 月 日

被保険者番号	
ふりがな 被保険者氏名	
生年月日	年 月 日生 (歳)

日中の連絡先(土日祝を除く) ※認定調査について連絡を受けていただける方

ふりがな 氏名		本人との関係	
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅	-	調査同席希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 携帯電話	-	
	<input type="checkbox"/> 施設	-	

ご本人様の居所

<input type="checkbox"/> 入院・入所中	認定調査が可能であるか病院・施設に確認		<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未確認	
	入院・入所日	(年 月 日)		
	病院・施設 住所	〒		
		電話番号 (— —)		
	病院・施設名			
	部屋番号	階	病棟 号	
	ふりがな 相談員氏名			
	手術の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 予定 (月 日)
				<input type="checkbox"/> 実施 (月 日)
	退院・退所の 予定	<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 有	予定日 (月 日)
退院・退所後の居所 ()				
転院の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	予定日 (月 日)	
	転院先病院名 ()			
<input type="checkbox"/> その他の住所 (例：家族宅など)	住所	〒		
	(建物名も記入 ください)	電話番号 (— —)		
	ふりがな 世帯主氏名			

(介護認定係確認欄)

病院・施設確認日 (月 日)	調査: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (月 日から可)	調査同席: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
-----------------	--	--