

訪問調査連絡票

【全ての方がご記入ください】

|              |        |                                                                                                                                               |
|--------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 調査実施日      | 希望する曜日 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり         月 火 水 木 金 <small>該当するものに○をつけてください。</small>                                 |
| ② 調査員の駐車場の場所 |        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 敷地内<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                   |
| ③ 調査時の配慮     |        | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 本人と別室での聞き取りを希望<br><input type="checkbox"/> 病名を伏せたい<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| ④ 治療中の病気     |        | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり (病名 )<br>手術予定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月 日 )      |

【新規申請・区分変更申請の方は記入してください】

|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 申請された理由                                                                | <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用したい (増やしたい)<br><input type="checkbox"/> 病院からの勧め<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                  |
| ② 利用を希望するサービス                                                            | <small>該当するサービス全てに○をつけてください。</small><br>訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・居宅療養管理指導・<br>ショートステイ・通所介護 (デイサービス)・通所リハビリ (デイケア)・<br>福祉用具貸与 (レンタル)・福祉用具購入・住宅改修・施設入所<br><br><b>【結果が出る前の利用希望】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ③ 本人の心身の状況<br>(差しつかえない範囲<br>で記入ください)<br><small>該当するものに○をつけてください。</small> | <b>【会話】</b> 可・多少・不可<br><b>【聴力】</b> 普通・大声で可・不可<br><b>【物忘れ】</b> なし・年相応・あり (認知症診断 なし・あり)<br><b>【歩行】</b> 自立・杖・手押し車・車いす・寝たきり                                                                                                               |

【更新申請の方は記入してください】

|            |                                                                |
|------------|----------------------------------------------------------------|
| ① 利用中のサービス | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり ( ) |
| 市記入欄       |                                                                |