

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 <input type="checkbox"/> あり 月 火 水 木 金 <small style="float: right;">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 <input type="checkbox"/> その他()	
③ 調査時の配慮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人と別室での聞き取りを希望 <input type="checkbox"/> 病名を伏せたい <input type="checkbox"/> その他()	
④ 治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名) 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） <input type="checkbox"/> 病院からの勧め <input type="checkbox"/> その他()
② 利用を希望するサービス	<p style="text-align: center;"><small>該当するサービス全てに○をつけてください。</small></p> <p style="text-align: center;">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・ 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）・ 福祉用具貸与（レンタル）・福祉用具購入・住宅改修・施設入所</p> <p>【結果が出る前の利用希望】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>
③ 本人の心身の状況 (差しつかえない範囲 で記入ください) <small>該当するものに○をつけてください。</small>	<p>【会話】 可・多少・不可 【聴力】 普通・大声で可・不可 【物忘れ】 なし・年相応・あり (認知症診断 なし・あり) 【歩行】 自立・杖・手押し車・車いす・寝たきり</p>

【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 <input type="checkbox"/> あり ()
市記入欄	