

認定調査連絡票 区分変更

調査員が訪問に伺う際の参考にさせていただきますので、具体的な状況を教えてください。

被保険者 調査対象者	氏名	(生年月日) 年 月 日 (年齢) 歳
変更理由 (具体的に)		
現在の状況 困っている事	不足のサービスの有無	
サービス利用 状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用なし ・ホームヘルプサービス (日/週) ・ デイサービス・デイケア (日/週) ・ 訪問看護 ・福祉用具貸与 (ベット・車椅子・手すり) ・ ショートステイ (回/月) ・住宅改修 (あり・なし) ・ 施設入所中 	
現在生活 されている所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅 (住民票のある自宅) ・ 町内外の子供宅等住所に在宅 () ・ 病院名、施設名 () ・ 病棟、病室 () 	
調査に同席 できる方	立会い <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 氏名 () 続柄 () 日中の連絡先 ()	
主治医意見書 をお願いする 医師への受診	病院名・受診科 () 最終受診日 () 次回受診日 ()	
調査時に 配慮すること	事前に調査員に伝えておきたいことなどがあれば	
ペットの有無	<input type="checkbox"/> 有 (屋内・屋外) <input type="checkbox"/> 無	
調査員車両の 駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 (場所) <input type="checkbox"/> 無	