認 定 調 査 連 絡 票　更　新

被　保　険　者 調　査　対　象　者	氏名	（生年月日）　　年　　月　　日 （年　　齢）　　歳
面接日程の 連絡先	立会について	
	□立会います　　□立会いません	
	電話（日中連絡のつくものでお願いします） 自・勤･携･他（　　）	
	ふりがな	被保険者との関係
	氏名	
調査の場所	＊ 保険証に記載されている住所と異なる場合は記入して下さい。 ・施設（　　） ・病院（　　病棟　　階　　号室）	
サービス利用状況	＊　サービス名・利用曜日を記入してください。	

主治医意見書をお願いする医師への受診について

定期的に診察を受けている	□はい（　　ヵ月・　　週　　回）　□いいえ
何科に受診していますか （病院名・受診科）	
最近の受診はいつですか	年　　月　　日
次回の受診はいつですか	年　　月　　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	□有（屋内・屋外） □無
調査員車両の駐車場の有無	□有（場所　　） □無