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	・ 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（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	・在宅（住民票のある自宅） ・町内外の子供宅等住所に在宅 （　　） ・施設（　　） ・病院（　　病棟　　階　　号室）	
調査に同席 できる方	立会い　　□あり　　□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	□有（屋内・屋外） □無	
調査員車両 の駐車場の 有無	□有（場所　　） □無	