■訪問調査の立会者・連絡先等

調査時の立会い（同席）の有無を丸印で囲んでください。			有　・　無		
調査訪問先 ※該当するものに☑をして下さい	□ 自　宅	住民票の住所と異なる場合に記入 住所：			
	□ 自宅以外	施設名等			
		住　所	〒		
		電話番号	（　　）　　－		
調査に立会いされる方の連絡先	氏　名			本人との関係	家族（続柄：　　） その他（　　）
	住　所	〒			
	電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ その他（　　） （　　）　－		連絡可能な時間帯	午前・午後　：
ご家族の連絡先 ※立会者と同じ場合は記載不要	氏　名			本人との関係	家族（続柄：　　） その他（　　）
	住　所	〒			
	電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ その他（　　） （　　）　－		連絡可能な時間帯	午前・午後　：

■対象者に関する聞きとり

家族構成	独居・　人暮らし（夫・妻・息子・息子の妻・娘・孫・その他　　）		
原因（主症状）			
医療機関の受診状況	通　院	かかりつけ医：　　主治医：　　Dr	
		認定申請の相談：有 ・ 無　　受診日：　月　日　予定	
	入院中	医療機関名：　　担当医：　　Dr	
		入院期間：　月　日 ～　月　日 ／ 退院予定：有 ・ 無	
希望するサービス	・デイ　・デイケア　・訪問介護　・訪問看護　・福祉用具貸与等（　　） ・住宅改修　・施設入所検討中　・認定結果後検討予定　・その他（　　）		
その他			

◇市記入欄

受付	入力	資格者証発行	主治医依頼	徴収	送付先変更設定	調査員確認	調査日時	その他