認　定　調　査　確　認　票

訪問調査を円滑に進めるため、ご記入をお願いします。

<table>
<tr><td>被保険者氏名</td><td></td><td>調査の立合い</td><td>する　・しない</td></tr>
<tr><td rowspan="3">立会者</td><td colspan="3">氏名：　　本人との関係：</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所：</td></tr>
<tr><td colspan="3">電話番号：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">家族の連絡先
☐　立会者と同じ
※同じ場合はチェックのみ</td><td colspan="3">氏名：　　本人との関係：</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所：</td></tr>
<tr><td colspan="3">電話番号：</td></tr>
<tr><td>調　査　先</td><td colspan="3">☐　自宅　☐　施設　☐　病院　（　　館　　階　）
☐　その他（　　）※デイサービスなど
名称：　　電話番号：
所在地：
駐車場　☐あり　☐なし　※調査員が車で訪問することがあります</td></tr>
<tr><td>委託調査員からの電話連絡が<u>可能な曜日・時間帯</u>を記載してください。</td><td colspan="3">曜日（　　：　　～　　：　　）
曜日（　　：　　～　　：　　）
☐　特になし</td></tr>
<tr><td><u>都合の悪い日や曜日</u>を記載してください。（向こう４週間程度）</td><td colspan="3">☐　特になし</td></tr>
<tr><td rowspan="5">特記事項
※詳細は訪問調査時に調査員へお伝えください。</td><td>診断名（わかる範囲で）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>入院予定の有無（向こう２週間程度）</td><td colspan="2">なし　・　あり　（　　頃）</td></tr>
<tr><td>認知症状の有無</td><td colspan="2">なし　・　あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">ご本人の様子で以前と比べて変わったことや困っていることがあれば記載してください。</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐　特になし</td></tr>
</table>