

窓口受付時間:平日 午前8時30分 から 午後4時 まで (正午から午後1時までの昼休みを除く。)

### 記入例

## 訪問調査連絡表

新規 更新 区分変更 要支援者の要介護新規申請

転入継続 住所地特例退所 適用除外施設退所  
65歳到達(介護扶助終了) その他

1.訪問調査の希望の曜日・時間帯や訪問調査場所についてご記入ください。

※希望曜日・時間帯等に“○印”を付けてください。

【★調査日時等はご希望に添えない場合があります。ご了承ください】

調査可能な曜日	月 火 水 木 金	いつの曜日でも可		
調査可能な時間帯	9時30分～	11時～	13時30分～	15時～
上記の時間帯いつでも可				
都合の悪い日・時間帯				
キャンセル対応	他の方の調査にキャンセルが出た場合の日程調整： <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅			
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的な場所、施設名等) ○○病院 部屋番号 △△△			

透析の有無	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 月 火 水 木 金
退院の予定日	令和○年○月○日予定
転院の有無	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 令和○年○月○日頃
転院先:	○○病院
調整中	

2. 訪問調査における立会者氏名及び日時調整連絡先についてご記入ください。

※調査対象者の日常生活の状況をよく知っている方(なるべく家族)の立ち会いをお願いします。

訪問調査日の前日までに、浦添市担当者または委託先の調査員から時間・場所の再確認の電話をします。

立会者氏名	続柄	立会い	電話番号
浦添 太郎	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 日時調整連絡先 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	携帯:XXX - XXXX - XXXX 事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 YYY - YYYY - YYYY
浦添 次郎	次男	<input type="checkbox"/> 日時調整 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	携帯: ZZZ - ZZZZ - ZZZZ 事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅: XYX - YZZZZ - XYZX
		<input type="checkbox"/> 日時調整 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	携帯: 事業所・自宅:

前日確認が取れる方に☑をお願いします。

3. 調査時に調査員が公用車を駐車する場所があります。

<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 自宅内車庫 <input type="checkbox"/> その他(具体的な場所)
<input type="checkbox"/> コインパーキング	<input checked="" type="checkbox"/> 施設内〔 病院内駐車場 〕 <input type="checkbox"/> 施設外〔徒歩 分〕
<input type="checkbox"/> ない	

希望するサービスに☑をお願いします。

4. 現在利用しているサービス、または利用したいサービスはありますか？

<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 利用したい	<input type="checkbox"/> 利用していない
<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス/デイケア ( 2回/週 → 月 火 水 木 金 ) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 ( 車イス ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ ( 回/週 → 月 火 水 木 金 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

5. 主治医意見書の記載について医療機関等への確認はお済みですか？

済 未(ご確認をお願いします。)

意見書依頼先の医療機関で、意見書の記載が可能か確認をお願いします。

6. 主治医として記入した医療機関への最近の通院(往診)状況をご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に受診している	最終受診日: RO 年 ○月 ○日 ( ○回/ 週 ○月 )
<input type="checkbox"/> 受診を予定している	受診予定日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 定期的に受診していない	

7. 訪問調査時において『注意して欲しい事』や『要望』等があればご記入ください。また、『介護の手間がかかるところ』についても併せてご記入ください。

・歩行 ( できる ・ つかまれば可 ・ できない ) ・トイレ ( 介助なし ・ 一部介助 ・ 全介助 )  
・意思疎通 ( できる ・ ときどきできる ・ ほとんどできない ・ できない ) ・認知症 ( なし ・ 少しあり ・ あり )

わかる範囲でご記入ください。要望がございましたら余白部分にご記入をお願いします。

※受付簿	<input type="checkbox"/> 代理権確認(確認したものに○) 委任状・介護保険証・その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 身元確認(確認したものに○) 個人番号カード・運転免許証・介護支援専門員証・その他 ( )

受付者:

システム入力済  
主治医意見書出力済