|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問調査事前メモ | （新規 ・ 変更 ・ 更新） | ※太枠　　　　　 内をご記入ください。**（編集記号の表示推奨）**  ※このメモは、訪問調査のために使用します。 |
| 松江市の認定調査にあたり、新型コロナ感染症防止の観点から、調査対象者及び調査同席者で、発熱、風邪症状及び体調不良、感染者との濃厚接触があった場合は、時期をあけて調査を行わせていただきます。 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | ここに入力 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書  記入者氏名 | ここに入力 | | | | | | | | 続柄もしくは  事業所名 | | | | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | ここに入力 | | | |
| 調査の  同席者  ※可能な限り、日頃  の状態がわかる人 |  | 親族（ | | 選択 | | | | ） | フリガナ | | | | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | |
|  | ケアマネ | | | | | | | 氏名 | | | | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | ここに入力 | | | |
|  | 施設・病院等職員 | | | | | | |
|  | その他（ | | | ここに入力 | | ） | | ※遠方のご家族様は、調査員から電話等で状況をお尋ねすることも可能です。  日程調整時にご相談ください。  ●連絡先は、**日中に連絡がとれる番号**を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | なし | | | | | | |
| ※同席がない場合は、1人で対応できる事、ご家族の了承が得られているか、必ずご確認ください。 | | | | | | | | 第一連絡先 | | | | | | | | | | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | |
| 第二連絡先 | | | | | | | | | | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | |
| ◎申請書記入者の方は日程調整者に、**松江市社会福祉協議会：認定調査員室（☎0852-59-5253）から連絡が入る**事を必ずお伝え下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日程調整者 |  | 同席者と同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ケアマネ、施設・病院等職員 | | | | | | | | | | | 担当者名： | | | | | | ここに入力 | | | | | | 連絡先： | | | ここに入力 | | | | |
|  | | | | フリガナ | ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※日中に連絡がとれる番号を記入してください | | | | | | | | |
|  | その他 | | | 氏名 | ここに入力 | | | | | | | | | 続柄 | | | | ここに入力 | | | | | 連絡先 | | | ここに入力 | | | | | |
| 日程調整に  関する  留意事項 | ＊訪問調査は原則、**平日９：００～１４：００内で実施**しています。  　都合が悪い曜日など日程調整をするにあたり、留意事項がある場合は簡潔に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問調査先  ※いずれかにチェックし必要事項を記入 |  | 自宅 | | | | | | | | | | | | | ※駐車場(選択) | | | | | | 選択 | | （ | | ここに入力 | | | | | | | ） |
|  | 居住地（住民票と異なる場合） | | | | | | | | | ここに入力 | | | | 宅 | | （住所 | | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | ） |
|  | 病院名 | | ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | 入力 | | | 階 | ここに入力 | | | | | | | | | 病棟 | |
|  | | 入院日 | | | 入力 | | | | 年 | | 入力 | | 月 | | 入力 | | | | 日～ | （担当職員： | | | | | ここに入力 | | | | | | ） |
| 退院予定日 | | | 入力 | | | | 年 | | 入力 | | 月 | | 入力 | | | | 日 |  | | | | | | | | | | | |
| 転院予定日 | | | 入力 | | | | 年 | | 入力 | | 月 | | 入力 | | | | 日 | （転院先： | | | | | ここに入力 | | | | | | ） |
|  | 施設名 | | | ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | | | （担当相談員： | | | | | ここに入力 | | | | | | ） |
|  | | 入所日 | | | 入力 | | | | 年 | | 入力 | | 月 | | 入力 | | | | 日～ | （電話番号： | | | | | ここに入力 | | | | | | ） |
| 調査に関する特記事項 ※訪問調査を実施するにあたり、調査員に留意してほしい点などを簡潔に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ここに入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※松江市記入欄 | | | | | | ※更新申請は必ず記入→ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **認定有効満了月** | | | | 月 | | |
| ・障がいサービス利用： なし　・　あり　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※認定調査員室記入欄 | | | | | | | | | |
| **調査日** |  | **月** | **日　（** | **）** | **：** | **～** | **調査員** |  |  |
| **同席者** |  |  | **その他** |  |  |  |  |  |  |
| **新型コロナ感染 予防に関する 確認事項** | 確認項目 | | | | | | 対象者 | 同席者 | 当日の確認 |
| □ 発熱（３７．５℃以上または平熱より高い体温） | | | | | |  |  |  |
| □ 風邪症状・体調不良 | | | | | |  |  |  |
| □ その他 | | | | | |  |  |  |

2022年11月版（松江市）