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。
※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 被保険者氏名			電話番号		
申請書 記入者氏名		続柄もしくは 事業所名		電話番号	
調査の 同席者 ※可能な限り、日頃の状態がわかる人	☐ 親族（ 同居 ・ 別居 ） ☐ ケアマネ ☐ 施設・病院等職員 ☐ その他（ ） ☐ 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。	フリガナ 氏 名		続 柄	
		※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。			
		第一連絡先 （ ）			
		第二連絡先 （ ）			

◎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： 連絡先： ） ☐ その他（フリガナ 氏 名： 続柄 ： ※日中に連絡がとれる番号を記入してください 連絡先： ）
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。
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 あり ・ なし（ ） ☐ 居住地（住民票と異なる場合）＿＿＿＿ 宅（住所 ） ☐ 病院名＿＿＿＿＿＿＿＿ 階 病棟 入 院 日 年 月 日 ～ （担当相談員： ） 退院予定日 年 月 日 転院予定日 年 月 日（転院先： ） ☐ 施設名＿＿＿＿＿＿＿＿ （担当相談員： ） 入 所 日 年 月 日 ～ （電話番号： ）
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。	

※松江市記入欄

・障がいサービス利用：なし ・ あり［ ］

※更新申請は必ず記入→

認定有効満了月	月

※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）