

※訪問調査時の連絡先 (代筆者と同じ場合は氏名不要)

家族(立会人)氏名 (続柄)
 電話番号

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅【 <input type="checkbox"/> 駐車場なし 】 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 入院中の医療機関 【病棟 入院期間 月 日まで・ カ月・ 未定】 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 駐車場なし)

調査希望日時 (原則、平日の日中)		月	火	水	木	金
	午前					
	午後					
備考						

現在利用しているサービス ※【 】内に利用している曜日等を記入してください ・ 利用を希望するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護【 】 <input type="checkbox"/> 通所介護【 】 <input type="checkbox"/> 訪問入浴【 】 <input type="checkbox"/> 訪問リハ【 】 <input type="checkbox"/> 通所リハ【 】 <input type="checkbox"/> 訪問看護【 】 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所【 月 日～ 月 日】 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 () <input type="checkbox"/> 住宅改修 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未定 (理由)

世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他同居 (同居の世帯構成)
------	--

申請事由 ・ 連絡事項	認知症について 【 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未受診(疑い) <input type="checkbox"/> なし(年相応) 】
	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> サービス暫定利用 ()
	<input type="checkbox"/> 医師の勧め

※相談受付担当者記入欄 (新規申請の場合のみ)

相談受付担当者	
---------	--