

現況確認表

被保険者番号 _____ 氏名 _____

1. 担当居宅介護支援事業者（介護保険施設）

事業者名		担当介護支援 専門員氏名		連絡先	TEL () FAX ()
------	--	-----------------	--	-----	--------------------

2. 現在の状況

<p>・家族状況 （ 独居 ・同居（夫婦のみ） ・同居（その他） ）</p> <p>・入院中の場合は退院後の予定 在宅・施設・転院（施設・病院名 _____ ） 未定</p>

3. 利用したいサービス

1 通所系のサービス	2 訪問系のサービス	3 福祉用具系のサービス	4 住宅改修
5 短期入所	6 施設入所	7 その他 (_____)	

4. 訪問調査時の連絡先等

住所 _____
氏名 _____ (被保険者との続柄) _____
日中に連絡のとれる電話番号 ① _____ ② _____
その他調査に関する連絡事項（調査場所を含む）
調査時の同席について 家 族 : 同席しなくてもよい ・ 同席したい (同席者名 _____) 介護支援専門員・包括職員 : 同席しなくてもよい ・ 同席したい (同席者名 _____)

5. その他（現在の状況等）

介護の必要性の原因となっている疾病名 : _____
