

訪問調査について（訪問調査員用連絡票）

被保険者番号								フリガナ	
0	0	0	0					氏 名	

1. 認定調査の連絡先（調査員より調査の日程を連絡します）

フリガナ

氏 名

被保険者との
ご関係

電話
番号

2. 認定調査の同席について（可能な限り、日ごろの状態がわかる方の同席をお願いします）

☐ 同席する



同
席
者

☐ 1 と同じ

フリガナ

☐ 氏 名

被保険者との
ご関係

☐ 同席しない

3. 認定調査を行う場所

☐ 自宅（住民票の住所）

☐ 施設・病院等 所 在 地

施設・病院名

電話番号

☐ その他の場所 所 在 地

氏 名

被保険者との
ご関係

確認欄

☆主治医意見書について

1	主治医が次の場合→主治医意見書を手渡し、申請者から主治医に依頼するよう説明してください。	確認
	市内 うえのクリニック・長田クリニック・川原医院・山本内科クリニック・山梨東ホームクリニク・西井クリニック・山下クリニック・梶谷整形外科・上條内科クリニック 市外 スバルビューティーヘルスクリニック（都留市）	
2	かかりつけ医がない場合	確認
	指定医（上野原市立病院）が主治医意見書を作成します。市立病院からご本人等へ来院日等の連絡をしますので、受診するよう説明してください。	
3	1・2以外の場合	確認
	市役所から主治医に依頼します。	

市役所記入欄

申請区分	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 期限切れ新規 ☐ （支援→介護）新規								
現在の認定	☐ 支1	☐ 支2	☐ 介1	☐ 介2	☐ 介3	☐ 介4	☐ 介5	性別	☐ 男 ☐ 女
申請日	年 月 日		生年月日		年 月 日		（ 歳）		
住 所									
調査員への 連絡事項									