

## 訪問連絡票

被保険者氏名	
--------	--

○ この連絡票をもとに介護支援専門員(ケアマネジャー)等が本人様の状態・ご希望等をより詳しくお聞きし、ケアプラン(案)を作成するため訪問いたします。訪問の日時等をご相談するため電話連絡いたします。

### 1. 訪問の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

1. 本人	氏名	本人との関係( )
2. 相談者(本人以外)	住所	
3. その他(右欄に記入) ⇒	電話番号	

### 2. 状況確認の際、どなたか同席されますか？

1. 上記日程調整者と同じ	氏名	本人との関係( )
2. その他(右欄に記入) ⇒	住所	
3. 同席者なし	電話番号	

### 3. 訪問場所

1. 本人の自宅	(保険証に記載されている住所)	
2. その他(右欄に記入)	氏名	本人との関係( )
	住所	
	電話	

### 4. 訪問の日時についてご都合の良い(悪い)時間帯・曜日等があれば記入してください。

訪問は平日の日中に行います。

訪問日時	1. いつでも良い
	2. 希望の日時など

### 5. その他

・軽四自動車でお伺いします。訪問場所に駐車場所がありますか。(ある・ない)