

訪 問 調 査 に つ い て

調査対象者氏名：_____

訪問調査を迅速に行うために必要な事項です。申請書と一緒に提出してください。

申請者氏名			
電話番号		続柄	

1. 訪問先住所(訪問先が住民票と異なる場合のみ記入)

■在宅中の方

〒	
(電話番号:)	

■入院中の方

病院名	病院	号室
-----	----	----

■施設入所中の方

特養 ・ 老健 ・ 療養型	施設名
---------------	-----

2. 調査日程に関するご連絡はどなたにすればよろしいですか。

本人 ・ 申請者 ・ 家族 ・ その他 (続柄:)			
氏名		日中の連絡先	

3. 訪問調査には立会いを希望されますか。

希望しない ・ 申請者 ・ 家族 ・ その他			
氏名		日中の連絡先	

4. 訪問調査に当たって都合の悪い曜日・時間帯があれば×をつけてください。

	月	火	水	木	金
午 前					
午 後					

5. 2週間以内に主治医の診察を受けていますか。

はい ・ いいえ → 「いいえ」の場合は早急に受診をお願いします。

※主治医が吉野病院整形外科の場合は、吉野病院の都合により、問診票の記入が必要となる場合がありますので、申請後に吉野病院地域連携室にお立ち寄りください。

吉野病院電話 0 7 4 6 - 3 2 - 4 3 2 1

6. その他、伝えておきたいことがあればご記入ください。

--

吉野町役場 長寿福祉課