



家族構成	ひとりぐらし	本人含む 老人夫婦のみ	その他（ 人家族）
日中の介護者がいる	氏名	続柄	
日中の介護者がいない  (認定調査に立ち 会える方の連絡先)  8:30~17:00 の間に 連絡いたします	・自宅に連絡を希望	時～	時ころ
	・勤務先に連絡を希望 氏名 勤務先名	時～	時ころ 電話番号
	・携帯電話に連絡を希望 氏名	時～	時ころ 電話番号

利用しているサービスに○印	サービス内容	利用施設・曜日等
	訪問介護（ホームヘルプサービス）	
	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	通所サービス（デイサービス・デイケア）	
	短期入所（ショートステイ）	
	その他 (福祉用具の貸与・福祉用具の購入・住宅改修等)	
利用していない（理由 _____）		

<p>自宅付近の見取り図</p> <p>自宅付近の略図及び目標物を記入してください</p>
---