

確 認 票

対象者氏名		担当ケアマネ等氏名	TEL :
同居家族等の状況	・独居 ・家族あり（家族構成：本人、 ）		
本人の居場所	在宅	入院中	入所又は短期入所
	・住所地に居ない場合の住所 〒 住所：	病院名： 病 名： 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日 （予定）	施設名： いつから：
	主治医：		
	次回受診日： 月 日		
その他	持病、調査場所、調査時の聞き取り方法（介護者には別に聞き取ってほしい等）		
認知症	有 ・ 無	具体的な症状・問題行動について	
利用を希望するサービスや現在の利用状況（利用曜日等）			
調査の立会	無	病院・施設・ケアマネ等に一任（担当者： ） （TEL： ）	
	有	立ち会う人の氏名： （続柄： ） 連絡先（（注）必ず連絡がとれること）：	
結果の送付先	自 宅	住民票のある住所	
	施設等	〒 所在地： 施設名：	
	その他	〒 住 所： 氏 名： （続柄： ）（TEL： ） 	