**【事業対象者用　状況連絡票】**

**訪問にあたって**

地域包括支援センターから、アセスメントのために訪問するときに必要な事項ですので、記入についてご協力をお願いします。基本チェックリストに添えて提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 本人氏名 |  |

**１　訪問の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。また当日に同席を希望されますか。**

|  |
| --- |
| 1. 本人 ②家族（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　） 本人との関係（　　　　　　）   昼間連絡先　　 （ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　　（同居 ・ 別居） |
| 上記以外の方（事業者名、氏名等：　　　　　　　　 　　　　） 本人との関係（　　　　　　）  昼間連絡先　（ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 同席を希望されますか　　（　する　　　しない　） |

**２　どこへ伺えばよいですか。**

|  |  |
| --- | --- |
| 訪　問　先 | **１ 自宅　　２ 施設　　３ 病院**  ２、３の場合は名称をご記入ください  施設、病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**３　訪問日について、都合の悪い曜日、時間帯がありますか。**

|  |
| --- |
| **はい**  **いいえ** |

**→「はい」と答えられた方は、下記の表に、都合の悪い曜日、時間帯に×をつけて**

**ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **月** | **火** | **水** | **木** | **金** |
| **午前** |  |  |  |  |  |
| **午後** |  |  |  |  |  |

**４　その他、心身の状況に関して伝えておきたいこと（例：外出して戻れない、昼夜が逆である等）があれば記入してください。**

|  |
| --- |
|  |