

被保険者番号		被保険者名	
--------	--	-------	--

G 認定調査に関する記載欄

調 査 場 所 住所地以外の場合	名称	病棟（入院の場合）	
	所在地 〒		
	病院・施設・その他（		☎
入院・入所の期間	年 月 日 ~	退院・転院・退所予定	年 月 日頃
調査当日の立会い	有 ・ 無	※ 立会いなしの場合は、本人と調整させていただきます。	
立会いする場合	立会人氏名	本人との関係	
	日中連絡可能な電話番号	☎	
<p>認定調査前に事前に伝えておきたいこと（暫定サービス利用の有無、入院理由、調査時に配慮すべき事等）</p> <p>※ がん末期の方は病名と告知の有無を必ず記載してください。</p>			

	チェック		備 考
事業担当者以外の調査		可（同一事業所・同一法人）	
		不可（別事業所委託）	
