

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

認定調査票 (概況調査)

0441

I.	調査実施者(記入者)	市区町村コード 15212 管理市町村コード 調査者番号 実施場所 ☐ 自宅内 ☐ 自宅外	実施日時 年 月 日 時 調査者番号
II.	調査対象者	過去の認定 初回・2回目以降(前回認定 年 月 日) 前回認定結果() 被保険者番号(対象者番号) 生年月日 年 月 日 ふりがな 現住所 対象者氏名 電話番号 - 性別 男・女 申請日 年 月 日 調査回目 回目 家族等 連絡先住所 氏 名 対象者との関係() 電話番号 - -	

III. 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用	認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 現在受けているサービスの状況 なし ☐ 予防給付サービス・総合事業 ☐ 介護給付サービス ☐			
	・訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 ☐ ☐ ☐ 回	・(介護予防)福祉用具貸与	☐ ☐ ☐ 品目
	・(介護予防)訪問入浴介護	月 ☐ ☐ ☐ 回	・特定(介護予防)福祉用具販売	☐ ☐ ☐ 品目
	・(介護予防)訪問看護	月 ☐ ☐ ☐ 回	・住宅改修	あり ☐ なし ☐
施設等利用	・(介護予防)訪問リハビリテーション	月 ☐ ☐ ☐ 回	・夜間対応型訪問介護	月 ☐ ☐ ☐ 日
	・(介護予防)居宅療養管理指導	月 ☐ ☐ ☐ 回	・(介護予防)認知症対応型通所介護	月 ☐ ☐ ☐ 日
	・通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 ☐ ☐ ☐ 回	・(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 ☐ ☐ ☐ 日
	・(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 ☐ ☐ ☐ 回	・(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 ☐ ☐ ☐ 日
	・(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 ☐ ☐ ☐ 日	・地域密着型特定施設入居者生活介護	月 ☐ ☐ ☐ 日
	・(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月 ☐ ☐ ☐ 日	・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 ☐ ☐ ☐ 日
	・(介護予防)特定施設入居者生活介護	月 ☐ ☐ ☐ 日	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 ☐ ☐ ☐ 回
	・看護小規模多機能型居宅介護	月 ☐ ☐ ☐ 日		
	市町村特別給付		介護保険給付外の在宅サービス	
	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 特定施設入居者生活介護適用施設 ☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) ☐ 医療機関(医療保険適用療養病床) ☐ 医療機関(療養病床以外) ☐ 養護老人ホーム※1 ☐ 軽費老人ホーム※1 ☐ 有料老人ホーム※1, 2 ☐ サービス付き高齢者向け住宅※1 ☐ その他の施設等			
施設等連絡先 施設等名 () 〒 - 電話 - -				

IV. 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 ☐ 独居 ☐ 同居(夫婦のみ) ☐ 同居(その他) (家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)