

電話

158

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）**

Ⅰ 調査実施者（記入者）

保険者番号

被保険者番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 平成 年 月 日 | 実施場所 | 自宅内 ・ 自宅外（ ） |
| ふりがな 　記入者氏名 |   | 　所属機関 |   |

Ⅱ 調査対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | 初回・２回め以降 （前回認定 年 月 日） |   |   |
| 過去の認定 | 前回認定結果 | 非該当・要支援（ ）・要介護（ ） |
| ふりがな 　　対象者氏名 |   |   |   |   | 　明治・大正・昭和 　年 月 日（ 歳） |
| 性別 | 男・女 | 　生年月日 |
| 現住所 | 〒 - | 電 話 | － － |
| 家族等 　　　連絡先 | 〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係（ ） |   |   |
| 電 話 | － － |

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〕

|  |  |
| --- | --- |
| □訪問介護(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ)･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 |
| □(介護予防)訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ 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(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)･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)通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ （ﾃﾞｲｹｱ） 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 ［

施設利用

□介護老人福祉施設

□介護老人保健施設

□介護療養型医療施設

□介護医療院

□認知症対応型共同生活介護適用施設(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ) □特定施設入居者生活介護適用施設(ｹｱﾊｳｽ等)

□医療機関(医療保険適用療養病床)

□医療機関(療養病床以外)

□その他の施設

施設連絡先

施設名

郵便番号　　　　　施設住所

］

］

**この部分**

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）、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。