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。

保険者番号 ＿＿＿＿　被保険者番号＿＿＿＿＿＿

# 認定調査票（概況調査）

Ⅰ　調査実施者（記入者）

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

Ⅱ　調査対象者

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 過去の認定 | 初回・２回め以降<br>（前回認定　年　月　日） | 前回認定結果 | | 非該当・要支援（　）・要介護（　） | |
| ふりがな<br>対象者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年　月　日（　歳） |
| 現住所 | 〒　－ | | | 電　話 | －　－ |
| 家族等<br>連絡先 | 〒　－<br>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〕 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| □（介護予防）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 |
| □（介護予防）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（老健・診療所） | 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 | 施設連絡先 |
|---|---|
| □介護老人福祉施設<br>□介護老人保健施設<br>□介護療養型医療施設<br>□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）<br>□特定施設入居者生活介護適用施設（ｹｱﾊｳｽ等）<br>□医療機関（医療保険適用療養病床）<br>□医療機関（療養病床以外）<br>□その他の施設 | 施設名　＿＿＿＿＿＿＿＿<br>郵便番号　－<br>施設住所<br>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）、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。