（要介護認定等基準時間の推計の方法の一部改正）

第八条　要介護認定等基準時間の推計の方法（平成十二年厚生省告示第九十一号）の一部を次のように改正する。

別表第一を次のように改める。

別表第一

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		所属機関	
記入者氏名			

Ⅱ　調査対象者

過去の認定	初回・2回め以降 （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		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日（　歳）
対象者氏名					
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〕

□（介護予防）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
□（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
□（介護予防）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（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・臨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 □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（グループホーム） □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	施設名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 郵便番号　— 施設住所 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。