

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:172023

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  |  | 実施場所 |  |
| ふりがな  |  | 所属機関 |  |
| 記入者氏名 |  |      |  |

#### II 調査対象者

(同席者)

(申請日)

|        |      |        |           |
|--------|------|--------|-----------|
| 過去の認定  | 有効期間 | 前回認定結果 |           |
| ふりがな   |      | 性別     | 生年月日      |
| 対象者氏名  |      |        |           |
| 現住所    |      | 電話     |           |
| 家族等連絡先 | 氏名   | 電話     | 調査対象者との関係 |

#### 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ヶ月の品目数を記載)

|  |   |   |   |       |
|--|---|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス    | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与         | 品目    |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護            | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売       | 品目    |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護              | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 住宅改修                 | ある・なし |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション       | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護            | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導          | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護     | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス    | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護    | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護   | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ) | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)  | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護       | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護           | 月 | 日 |   |       |
| <input type="checkbox"/> 市町村特別給付                 |   |   |   | ]     |
| <input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス          |   |   |   | ]     |

#### 施設等利用

- 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)  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  軽費老人ホーム  有料老人ホーム  サービス付き高齢者向け住宅  その他の施設等

#### 施設等連絡先

施設等名

郵便番号

電話

住所

#### IV 調査対象者の主訴、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下さい。

特記事項へ