

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ください。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ください。

認定調査票（概況調査）

保険者番号 192047

被保険者番号

I 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 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回目以降 (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
対象者氏名					年 月 日（ 歳）
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 <small>【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。】</small>					
<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	あり・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	回
<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					
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設					
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外）					
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム ^{※1} <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム ^{※1} <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ^{※1,2} サービス付き高齢者向け住宅 ^{※1} <input type="checkbox"/> その他の施設等					
施設等連絡先					
施設等名			電話	-	-
郵便番号	-				
住所					

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

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、特記事項を記入してください。

※家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（夫婦のみ） <input type="checkbox"/> 同居（その他） (家族状況について、上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)
--