

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）

0441

I.	調査実施者（記入者）	市区町村コード 1 5 2 2 4 管理市町村コード 1 5 2 2 4 実施場所 ☐ 自宅内 ☐ 自宅外	実施日時 年 月 日 時 調査者番号
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（ ） 被保険者番号（対象者番号） 生年月日 年 月 日 ふりがな 現住所 対象者氏名 電話番号 - 性別 男・女 申請日 年 月 日 調査回目 回目 家族等 連絡先住所 氏 名 対象者との関係（ ） 電話番号 - -	

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 現在受けているサービスの状況 なし ☐ 予防給付サービス・総合事業 ☐ 介護給付サービス ☐			
	・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 ☐
施設等利用	・（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
	・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（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	
施設等利用	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 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※1 ☐ 軽費老人ホーム※1 ☐ 有料老人ホーム※1、2 ☐ サービス付き高齢者向け住宅※1 ☐ その他の施設等			
	施設等連絡先 施設等名（ ） 電話 - -			
	〒 -			

※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すべき事項を記入してください。

※家族状況 ☐ 独居 ☐ 同居（夫婦のみ） ☐ 同居（その他）（家族状況については、左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）

当欄の特記すべき事項は、認定調査票（特記事項）に記載してください。