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　１９４２９０　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 | 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　 年　 月　 日（　　歳）　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（　　　）氏名（　　　　　　　　）続柄（　　　　　） | 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 〕 |
| □訪問診療等　　　月　　回（　　分） | □日帰り介護　　月　　回（　　分） | □その他  |
| 1. 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 |
| 1. (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 |
| 1. (介護予防)訪問看護 月　 回
 | □住宅改修 あり・なし |
| 1. (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 |
| 1. (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 |
| 1. 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(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ)　 □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　　□ｻｰﾋﾞ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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 郵便番号　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　　－ |
| 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すべき事項を記入してください。

（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）

|  |
| --- |
| ※家族状況　□独居　□同居（夫婦のみ）　□同居（その他）　 |