（別添２）

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			
記入者氏名		所属機関	

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
対象者氏名					
現住所	〒　－			電話	－　－
家族等連絡先	〒　－ 氏名（　）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〕					
□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
□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。

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項）　（略）

（別添２）

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	令和　年　月　日	実施場所	自宅内 ・ 自宅外（　）
ふりがな			
記入者氏名		所属機関	

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
対象者氏名					
現住所	〒　－			電話	－　－
家族等連絡先	〒　－ 氏名（　）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〕					
□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
□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。

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項）　（略）