

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ください。

(様式 3-1)

保険者番号 (実習では記入不要) 被保険者番号 (実習では記入不要)

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	※実習では記入不要	

II 調査対象者 ※実習では、個人名・住所等は「Aさん」「B市」等の記載にして、個人情報の保護に留意してください。

過去の認定	初回・2回以降 (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				
対象者氏名	A	性別	男・女	生年月日 明治・大正・昭和 ※実習では年齢のみ 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 [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]				
<input type="checkbox"/> (介護予防)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"/> (介護予防)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(老健・診療所)	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 []				

施設利用	施設連絡先
<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"/> 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"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <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"/> 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。

--

