

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		<del>所属機関</del>	※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回め以降 ( <del>前回認定</del> 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)	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(特養等)	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"/> 複合型サービス	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。

--

