

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 012161 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

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	

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			
対象者氏名		性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 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	- -

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）			
(介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	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
(介護予防)通所介護(デイサービス)	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(特養等)	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(老健・診療所)	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	
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 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 - -

調査対象者の主訴、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。

--