

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。

認定調査票（概況調査）

20101

対象者番号申請回数回調査回数回

調査者番号市区町村コード管理市区町村コード

実施日時年月日時分

I. 

調査実施者（記入者）

所属機関実施場所

自宅内

自宅外

実施者名電話番号

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

フリガナ

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

対象者氏名

申請日

年

月

日

調査地区

現住所

調査先住所

電話番号

調査先電話番号

家族等連絡先住所

氏名

対象者との関係

）電話番号

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

現在受けているサービスの状況

なし予防給付・総合事業介護給付サービス

・（介護予防）訪問介護（ホームヘルプ）

月

回

・（介護予防）福祉用具貸与

品目

・介護型サービス

月

回

・特定（介護予防）福祉用具販売

品目

・（介護予防）訪問入浴介護

月

回

・住宅改修

ありなし

・（介護予防）訪問看護

月

回

・夜間対応型訪問介護

月

日

・（介護予防）訪問リハビリテーション

月

回

・（介護予防）認知症対応型通所介護

月

日

・（介護予防）居宅療養管理指導

月

回

・（介護予防）小規模多機能型居宅介護

月

日

・（介護予防）通所介護（デイケア）

月

回

・（介護予防）認知症対応型共同生活介護

月

日

・通所型サービス

月

回

・（介護予防）認知症対応型共同生活介護

月

日

・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）

月

回

・地域密着型特定施設入居者生活介護

月

日

・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）

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）短期入所療養介護（老健・診療所）

月

日

・定期巡回・随時対応型訪問介護看護

月

回

・（介護予防）特定施設入居者生活介護

月

日

・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（グループホーム）

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

サービ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

電話

※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

独居同居（夫婦のみ）同居（その他）

（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）