**別表第一**

　認定調査票

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 |  | | 所 属 機 関 |  |
| 記入者氏名 |  | |

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（　　歳） |
| 対象者氏名 |  |
| 現住所 | 〒　　　- | | | 電　話 | －　　　　－ |
| 家族等  連絡先 | 〒　　　-  氏名（　　　　　　　　）調査対象者との関係（　　　）  氏名（　　　　　　　　）続柄（　　　　　） | | | 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 〕 | |
| □訪問診療等　　　月　　回（　　分） | □日帰り介護　　月　　回（　　分） | □その他 |
| 1. (介護予防)訪問介護(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ) 　 月　 　回 | □(介護予防)福祉用具貸与　　 　　　 　 　 　品目 |
| 1. (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 |
| 1. (介護予防)訪問看護　　　　　　　　　 　 月　 　回 | □住宅改修 あり・なし |
| 1. (介護予防)訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　　　　　　 　 月　 　回 | □夜間対応型訪問介護　　　　　　　　　 月 　　日 |
| 1. (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（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）　　　 　 月　 　回 | □(介護予防)小規模多機能型居宅介護　　　 月 　　日 |
| □(介護予防)通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（ﾃﾞｲｹｱ） 　 　 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 | □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　　　　 月　　 日 |
| □市町村特別給付　［　　　　　　　　　　　　　　　　］ | □看護小規模多機能型居宅介護　　　　　　　　 月　　日 |
| □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 | 施設名 |
| □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(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ) | 郵便番号　　　― |
| □特定施設入居者生活介護適用施設(ｹｱﾊｳｽ等) | 施設住所 |
| □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 | 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。

|  |
| --- |
|  |