

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。

(別添1)

保険者番号 \_\_\_\_\_ 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	居宅内・入所（院）施設内・その他（ ）	
記入者氏名	ふりがな		所属機関	

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		非該当・要支援・要介護（ ）	
対象者氏名	ふりがな	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（過去3月間の平均回数を記入 福祉用具貸与は調査日、福祉用具購入は過去6月の品目数を記載）					
訪問介護（ホームヘルプサービス）	月	回	福祉用具貸与		品目
訪問入浴介護	月	回	短期入所生活介護（特養）	月	回
訪問看護	月	回	短期入所療養介護（老健・診療所）	月	回
訪問リハビリテーション	月	回	痴呆対応型共同生活介護	月	回
居宅療養管理指導	月	回	特定施設入所者生活介護	月	回
通所介護（デイサービス）	月	回	福祉用具購入		品目
通所リハビリテーション（デイケア）	月	回	住宅改修	あり・なし	
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	
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 介護保険施設以外の施設	施設連絡先 施設名（ ） 〒 - 電話 - -

調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無等について特記すべき事項を記入してください。

--