

★マークシートは鉛筆で記入する
 ★マークは○とし、ぬりつぶしはしないこと
 ★特記事項はパソコンで入力してください

在宅サービス利用の方は基本的に居宅で調査してください

在宅サービス利用の場合でも、有料老人ホームなどの施設に入所している場合は「入院(所)施設内」に○をつけてください
 ※長期でショートステイ利用中など、特別な事情がある場合はご連絡ください

◎調査場所は、原則として、普段対象者が生活している場所としますが、やむを得ず入院中に調査する場合は、認定担当にご相談ください

◎入退院直後、施設入退所直後など、本人の身体状況や生活状況が変化した場合は、調査項目において過去1週間の状況でより頻回に見られる状況で記入する項目が多いことから、最低でも一週間空けて調査してください

在宅利用についてマークする
 施設利用の場合は「なし」にマークする

認定調査を行った月のサービス利用回数を記入
 福祉用具貸与は調査日時点
 福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数
 住宅改修は過去に改修を行ったことがあるかどうか

数字が一桁の場合は頭に「0」をつける

家族状況を記入してください
 (特記すべき事項は、特記事項用紙に記入してください)

61 地域コード 調査対象者コード 202500012345
 認定調査票 所要時間 13:30~14:30

概況調査
 I. 調査実施者(記入者) 保健者番号 0123456789 実施日 07年04月01日
 氏名 石川 太郎 フリガナ イシカワ タロウ 所属機関・部署 居宅介護支援事業所 OO 調査員コード 99999
 実施場所 居宅内・所(院)施設内・その他()

II. 調査対象者
 過去の認定 初回 2回目以降 前回認定 6年 4月 1日 前回認定結果 非該当・要支援(3)・要介護()
 調査対象者 フリガナ コマツ スケコ 性別 男 女 生年月日 明治・大正 昭和 13年 1月 1日生 87歳
 氏名 小松 介子
 現住所 〒923-8650 小松市小馬出町91番地 電話 0761-24-8147
 家族等 同 小松 一郎 立会人:小松 次郎 本人との関係:長男
 連絡先 氏名(小松 一郎) 調査対象者との関係(夫) 電話 090-1234-5678

III. 現在受けているサービスの状況についてチェックおよ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 介護給付

訪問介護(ホームヘルプ・訪問型サービス) 月 002	通所介護(デイサービス・通所型サービス) 月	(介護予防)福祉用具貸与 01 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月
(介護予防)訪問入浴介護 月	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月	特定(介護予防)福祉用具販売 品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月
(介護予防)訪問看護 月	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ) 月	住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> あり	地域密着型特定施設入居者生活介護 月
(介護予防)訪問リハビリテーション 月	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート) 月	夜間対応型訪問介護 月	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 月
(介護予防)居宅療養管理指導 月	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月	(介護予防)認知症対応型通所介護 月	定期巡回・随時対応型訪問介護 月

施設等利用
 介護老人福祉施設 介護療養型医療施設 特定施設入居者生活介護施設 医療機関(療養病床以外) 介護医療院
 介護老人保健施設 認知症対応型共同生活介護施設 医療機関(療養病床以外) 養護老人ホーム 軽費老人ホーム 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 その他の施設等

施設等連絡先
 施設等名 地域サポートクラブ 住所 電話番号 -

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)、認知症における状況、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、上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)
 家族は施設入所を希望している。

基本調査
 第1群 身体機能・起居動作
 1-1 麻痺等の有無(複数回答可)
 ① ない ② 左上肢 ③ 右上肢 ④ 左下肢 ⑤ 右下肢 ⑥ その他(両脚の欠損)
 1-2 拘縮の有無(複数回答可)
 ① ない ② 肩関節 ③ 股関節
 1-4 起き上がり ① できる ② 杖や手すりが必要だができる ③ できない
 1-5 座位保持 ① できる ② 杖や手すりが必要だができる ③ 長時間はできない ④ できない
 1-6 両足での立位保持 ① できる ② 杖や手すりが必要だができる ③ できない
 1-7 歩行 ① できる ② 杖や手すりが必要だができる ③ できない
 1-8 立ち上がり ① できる ② 杖や手すりが必要だができる ③ できない

調査した日と時刻を記入(令和07年⇒07)

前回認定の介護度を記入

調査に誰が立ち会ったか記入
 ※家族の都合等で、調査の立会いができない場合はご連絡ください
 ※感染対策により、家族等の立会いが不可の場合は、家族了承の上、「感染対策のため、立会い不可 家族了承済」など記入

はつらつシニア支援事業の利用について
 ・従前相当、基準緩和
 ⇒「訪問型サービス」、「通所型サービス」回数を記入
 ・その他(短期集中予防サービス、地域サポートクラブetc)
 ⇒「介護保険給付以外の在宅サービス」利用中のサービス名を記入

《施設等連絡先について》
 病院入院中・施設入所中の場合は施設名・連絡先を記入

《希望するサービスについて》
 別紙の特記事項には記載せずにこの欄に記入