

帯広市要介護認定調査票作成について (サービス利用の記載方法)

令和3年4月版

帯広市介護高齢福祉課作成

1. 在宅生活でサービス利用がない場合

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	<input checked="" type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input type="checkbox"/>
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>
	(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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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		回
	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等							
施設等連絡先		施設等名 ()							
〒		電話 - -							

①

なしにチェックする。

②

緊急通報、配食サービスなどの福祉サービスの利用がある場合には記載する。

2. 在宅生活でサービス利用がある場合

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	<input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input checked="" type="checkbox"/>
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>
	(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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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		回
	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等							
施設等連絡先		施設等名 ()							
〒		電話 - -							

①

介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

②

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護等、調査した月のサービス回数を記載する。(利用予定も含む)
※ 頭に0はいらない。

③

緊急通報、配食サービスなどの福祉サービスの利用がある場合には記載する。

3. 特別養護老人ホーム入所中の場合

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 <input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input checked="" type="checkbox"/>
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月	回	品目
	(介護予防)訪問入浴介護	月	回	品目
	(介護予防)訪問看護	月	回	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	月
	(介護予防)居宅療養管理指導	月	回	月
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	回	月
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	月
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	日	月
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	日	月
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	月
	看護小規模多機能型居宅介護	月	日	月
	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	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 経費老人ホーム※1		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1
<input type="checkbox"/> その他の施設等				
施設等連絡先 施設等名 ()				
〒 - - 電話 - - -				

① なしにチェックする。

② 介護老人福祉施設にチェックする。

③ 施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 介護老人福祉施設入所中・特別養護老人ホーム入所中等

4. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の場合

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 <input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input checked="" type="checkbox"/>
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月	回	品目
	(介護予防)訪問入浴介護	月	回	品目
	(介護予防)訪問看護	月	回	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	月
	(介護予防)居宅療養管理指導	月	回	月
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	回	月
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	月
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	日	月
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	日	月
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	月
	看護小規模多機能型居宅介護	月	日	月
	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	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 経費老人ホーム※1		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1
<input type="checkbox"/> その他の施設等				
施設等連絡先 施設等名 ()				
〒 - - 電話 - - -				

① 介護給付にチェックする。

② 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に、調査した月の予定の利用日数を記入する。

③ 介護老人福祉施設にチェックする。

④ 施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 地域密着型介護老人福祉施設入所中等

5. 介護老人保健施設入所中の場合

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 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input type="checkbox"/>					
在宅利用	訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>
	・（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
	通所介護（デイサービス）・通所型サービス	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（ショートステイ）	月	□	回	・地域密着型特定施設入居者生活介護	月	□	□	日
	・（介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月	□	回	・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	□	回	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	□	□	回
	看護小規模多機能型居宅介護	月	□	回					
	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等							
施設等連絡先		施設等名		〒 - - - - - 電話 - - - - -					

① なしにチェックする。

② 介護老人保健施設にチェックする。

③ 施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 介護老人保健施設入所中・介護療養型老人保健施設入所中等

6. 介護療養型医療施設入所中の場合

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 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input type="checkbox"/>					
在宅利用	訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>
	・（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
	通所介護（デイサービス）・通所型サービス	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（ショートステイ）	月	□	回	・地域密着型特定施設入居者生活介護	月	□	□	日
	・（介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月	□	回	・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	□	回	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	□	□	回
	看護小規模多機能型居宅介護	月	□	回					
	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等							
施設等連絡先		施設等名		〒 - - - - - 電話 - - - - -					

① なしにチェックする。

② 介護療養型医療施設にチェックする。

③ 施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 療養型医療施設入所中等

7. 介護医療院に入所中の場合

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 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input type="checkbox"/>	
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 品目
	(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 特定(介護予防)福祉用具販売 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 品目
	(介護予防)訪問看護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 住宅改修 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 夜間対応型訪問介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)居宅療養管理指導 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ) 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート) 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回
	看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	市町村特別給付 <input type="text"/> 介護保険給付外の在宅サービス <input type="text"/>
施設等利用	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input checked="" type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等
施設等連絡先 施設等名 () 電話 - -	

① なしにチェックする。

③ 介護医療院にチェックする。

② 施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 介護医療院入所中等

8. 特定施設入居者生活介護の場合

(養護老人ホームの特定施設入居者生活介護適用施設含む)

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 <input type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input checked="" type="checkbox"/>	
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 品目
	(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 特定(介護予防)福祉用具販売 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 品目
	(介護予防)訪問看護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 住宅改修 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 夜間対応型訪問介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)居宅療養管理指導 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ) 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート) 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回
	看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	市町村特別給付 <input type="text"/> 介護保険給付外の在宅サービス <input type="text"/>
施設等利用	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等
施設等連絡先 施設等名 () 電話 - -	

① 介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

② 調査した月の入所日数を記載する。

③ 特定施設入居者介護適用施設にチェックする。

④ 入所施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 有料老人ホーム入居中、養護老人ホーム入居中等

9. グループホーム入居の場合

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		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業	<input type="checkbox"/> 介護給付サービス	
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(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
	(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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月
	(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
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	月
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月
	(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
	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		
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設			
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設		<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設			
<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)			
<input type="checkbox"/> 経費老人ホーム※1		<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)			
<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1			
<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1		<input type="checkbox"/> その他の施設等			
施設等連絡先		施設等名 ()			
〒 - -		電話 - -			

① 介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

② 調査した月の利用日数を記載する。

③ グループホームにチェックする。

④ 入所施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 認知症対応型共同生活介護施設・グループホーム入居中等

10. 医療機関(医療保険適用療養病床)入院中の場合

(帯広西病院(3・4階)、開西病院(東2病棟)、協立病院(2階回復期病棟)、十勝脳神経外科(3階)、光南病院(2・3階)、音更宏明館病院(3・4階)、音更病院(2・3階)、十勝の杜病院(2階)、帯広中央病院(5階)、帯広記念病院(5階)、十勝リハビリテーションセンター(西2・3階、東2階)、北斗病院(カイルス3階))

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		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業	<input type="checkbox"/> 介護給付サービス	
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(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
	(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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月
	(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
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	月
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月
	(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
	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		
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設			
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設		<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設			
<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)			
<input type="checkbox"/> 経費老人ホーム※1		<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)			
<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1			
<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1		<input type="checkbox"/> その他の施設等			
施設等連絡先		施設等名 ()			
〒 - -		電話 - -			

① なしにチェックする。

② 医療機関(医療保険適用療養病床)にチェックする。

③ 医療機関名等を記載する。

概況欄の記載例) ○○病院療養型入院中等

11. 医療機関（療養病床以外）入院中の場合

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 <input checked="" type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input type="checkbox"/>		
在宅利用	訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	品目
	・（介護予防）訪問入浴介護	月	<input type="checkbox"/>	回	・特定（介護予防）福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	品目
	・（介護予防）訪問看護	月	<input type="checkbox"/>	回	・住宅改修	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	
	・（介護予防）訪問リハビリテーション	月	<input type="checkbox"/>	回	・夜間対応型訪問介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）居宅療養管理指導	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）認知症対応型通所介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・通所介護（デイサービス）・通所型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）小規模多機能型居宅介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）認知症対応型共同生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）	月	<input type="checkbox"/>	日	・地域密着型特定施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月	<input type="checkbox"/>	日	・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）特定施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="checkbox"/>	回
	・看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等					
施設等連絡先		施設等名（ ）						
〒		電話						

① なしにチェックする。

② 医療機関（療養病床以外）にチェックする。

③ 医療機関名等を記載する。

概況欄の記載例) ○○病院入院中・○○病院入院治療中等

12. 養護老人ホームに入所中の場合

(特定施設入居者生活介護適用施設除く)

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 <input checked="" type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input type="checkbox"/>		
在宅利用	訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	品目
	・（介護予防）訪問入浴介護	月	<input type="checkbox"/>	回	・特定（介護予防）福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	品目
	・（介護予防）訪問看護	月	<input type="checkbox"/>	回	・住宅改修	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	
	・（介護予防）訪問リハビリテーション	月	<input type="checkbox"/>	回	・夜間対応型訪問介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）居宅療養管理指導	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）認知症対応型通所介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・通所介護（デイサービス）・通所型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）小規模多機能型居宅介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月	<input type="checkbox"/>	回	・（介護予防）認知症対応型共同生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）	月	<input type="checkbox"/>	日	・地域密着型特定施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月	<input type="checkbox"/>	日	・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日
	・（介護予防）特定施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	日	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="checkbox"/>	回
	・看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input checked="" type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等					
施設等連絡先		施設等名（ ）						
〒		電話						

① なしにチェックする。

② 養護老人ホームにチェックする。

③ 入所施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 養護老人ホーム入所中等

13. 軽費老人ホーム入居中の場合
(特定施設入居者生活介護適用施設除く)

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 <input type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input type="checkbox"/>				
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>		
	(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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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	□□□	回
	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input checked="" type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等						
施設等連絡先		施設等名()						
〒 -		電話 - -						

① サービス利用なし、又はサービス利用のある場合は介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

② サービス利用がある場合は、訪問介護、通所介護等、調査した月のサービス回数を記載する。(利用予定も含む)

③ 軽費老人ホームにチェックする。

④ 入所施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 軽費老人ホーム入居中等

14. 有料老人ホーム入居中の場合
(特定施設入居者生活介護適用施設、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)

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 <input type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input type="checkbox"/>				
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>		
	(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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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	□□□	回
	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		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等						
施設等連絡先		施設等名()						
〒 -		電話 - -						

① サービス利用なし、又はサービス利用のある場合は介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

② サービス利用がある場合は、訪問介護、通所介護等、調査した月のサービス回数を記載する。(利用予定も含む)

③ 有料老人ホームにチェックする。

④ 入所施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 有料老人ホーム入居中等

15. サービス付き高齢者向け住宅入居中の場合

(特定施設入居者生活介護適用施設除く)

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 <input type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input type="checkbox"/>								
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	
	(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	
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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	□	□	回	
	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	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1.2 <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等										
施設等連絡先		施設等名 ()										
〒 -		電話 - -										

① サービス利用なし、又はサービス利用のある場合は介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

② サービス利用がある場合は、訪問介護、通所介護等、調査した月のサービス回数を記載する。(利用予定も含む)

③ サービス付き高齢者向け住宅にチェックする。

④ 入所施設名等を記載する。

概況欄の記載例) サービス付き高齢者向け住宅入居中等

16. その他の施設の場合

(生活支援ハウス、高齢者下宿、住宅型有料老人ホーム、救護施設等)

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 <input type="checkbox"/> 予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/> 介護給付サービス <input type="checkbox"/>								
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	
	(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	
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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	□	□	回	
	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	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1.2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input checked="" type="checkbox"/> その他の施設等										
施設等連絡先		施設等名 ()										
〒 -		電話 - -										

① サービス利用なし、又はサービス利用のある場合は介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

② サービス利用がある場合は、訪問介護、通所介護等、調査した月のサービス回数を記載する。(利用予定も含む)

③ その他の施設にチェックする。

④ 入所施設名等を記載する。

概況欄の記載例) 生活支援ハウス入居中等

17. 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護利用者の場合

【1カ月小規模多機能居宅介護を利用していた場合】

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	<input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input type="checkbox"/>		
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>	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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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
	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	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等										
施設等連絡先	施設等名 ()										
	〒 - - 電話 - -										

① 介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。※看多機の場合は介護給付にチェック。

② 利用サービスに応じて、調査した月の日数をどちらかに記載する。(30日、31日等)

③ 福祉用具貸与や訪問看護等居宅介護サービスがあれば記載する。

概況欄の記載例) 小規模多機能型居宅介護を利用して生活。週に4回通いのサービスを利用している。等

【月の途中で小規模多機能居宅介護を開始または中止した場合】

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	<input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input type="checkbox"/>		
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	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	<input type="checkbox"/>	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
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	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(ショートステイ)	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(療養ショート)	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
	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	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等										
施設等連絡先	施設等名 ()										
	〒 - - 電話 - -										

① 介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。※看多機の場合は介護給付にチェック。

② 利用サービスに応じて、調査した月の登録日数をどちらかに記載する。

③ 福祉用具貸与や訪問看護等居宅介護サービスがあれば記載する。

概況欄の記載例) 今月15日より小規模多機能型居宅介護を利用。現在は週に4回通いのサービスを利用している。等

18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス利用の場合

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 <input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input checked="" type="checkbox"/>		
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)福祉用具貸与	<input type="text"/>	品目	
	(介護予防)訪問入浴介護	月	<input type="text"/>	回	特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="text"/>	品目	
	(介護予防)訪問看護	月	<input type="text"/>	回	住宅改修	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	
	(介護予防)訪問リハビリテーション	月	<input type="text"/>	回	夜間対応型訪問介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)居宅療養管理指導	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)認知症対応型通所介護	月	<input type="text"/>	日
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	<input type="text"/>	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	<input type="text"/>	日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="text"/>	回
	看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	日				
	市町村特別給付		介護保険給付外の在宅サービス					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
施設等利用	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院				
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)						
	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1					
	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1	<input type="checkbox"/> その他の施設等				
	施設等連絡先		施設等名 ()					
〒 -		電話 - -						

① 介護給付にチェックする。

② 調査した月のサービス回数を記載する。(利用予定も含む)

③ 福祉用具貸与や訪問看護等居宅介護サービスがあれば記載する。

概況欄の記載例) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス利用している。同時に週に3回訪問看護も利用している。等

19. 住宅改修・福祉用具について

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 <input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input checked="" type="checkbox"/>		
在宅利用	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)福祉用具貸与	<input type="text"/>	品目	
	(介護予防)訪問入浴介護	月	<input type="text"/>	回	特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="text"/>	品目	
	(介護予防)訪問看護	月	<input type="text"/>	回	住宅改修	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	
	(介護予防)訪問リハビリテーション	月	<input type="text"/>	回	夜間対応型訪問介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)居宅療養管理指導	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)認知症対応型通所介護	月	<input type="text"/>	日
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	<input type="text"/>	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	<input type="text"/>	日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月	<input type="text"/>	日
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="text"/>	回
	看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	日				
	市町村特別給付		介護保険給付外の在宅サービス					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
施設等利用	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院				
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)						
	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1					
	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1	<input type="checkbox"/> その他の施設等				
	施設等連絡先		施設等名 ()					
〒 -		電話 - -						

① 介護度に応じて予防給付・総合事業、介護給付のいずれかにチェックする。

② 福祉用具貸与については、調査日時点における利用品目数を、福祉用具購入については過去6か月の品目数を記載する。

③ 過去に住宅改修の利用がある場合、ありにチェックする。