

# 状 況 票

被保険者番号 (フリガナ)		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
認定調査対象者氏名		性別	男 ・ 女	( 歳)
申請区分	前回の要介護認定結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援 1 2		
<b>新規</b>	<b>区分変更</b>	<b>更新</b>	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
訪問調査についての連絡先	(フリガナ) 氏 名	(続柄) (電話番号)		
訪問調査の連絡日	都合の悪い日が、なし あり ( )			
調査日について	都合の悪い日が、なし あり ( )			
調査時立ち会い人 (なしの場合は「なし」と記入)	(フリガナ) 氏 名	(続柄)		
<b>現在受けているサービス</b>				
(介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプ) 訪問型サービス	回/月	(介護予防) 通所介護(デイサービス) 通所型サービス	回/月	(介護予防) 福祉用具貸与
(介護予防) 訪問入浴介護	回/月	(介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)	回/月	特定(介護予防) 福祉用具販売
(介護予防) 訪問看護	回/月	(介護予防) 短期入所生活介護 (特養等)	日/月	住宅改修 有 ・ 無
(介護予防) 訪問リハビリテーション	回/月	(介護予防) 短期入所療養介護 (老健・診療所)	日/月	夜間対応型訪問介護
(介護予防) 居宅療養管理指導	回/月	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	日/月	認知症対応型通所 介護
定期巡回・随時対応 型訪問介護看護	回/月	看護小規模多機能型居宅介護	日/月	
労災等各法による介護補償給付等を受給されていますか。				はい ・ いいえ
介護が必要な状態となった原因は、交通事故等によるものですか。				はい ・ いいえ
◎新規申請のかたのみおたずねします。 認定結果がでるまでにサービスを利用する予定が			ある ・ ない ・ 話を聞きたい	
現在の状況				
その他(調査時留意点等)				
感染症の有無 当てはまるところに○印をつけてください。→ 有 ・ 無 ・ わからない ☆有りの場合は具体的に記入してください				
☆☆☆認定調査場所☆☆☆ ☆自宅調査の場合も住所を必ず記入してください。マンション名や団地の棟号数まで必ず記入。				
所在地	居場所	自宅 病院 施設 その他		
	電話番号			
自宅以外は調査場所の名称を記入	入院・入所開始日 年 月 日~	病院・施設・集合住宅等の階数・部屋番号		
★介護度は、介護にかかる手間(時間)により判定されますので、非該当や介護度が下がる場合もあります。ご了承ください。	調査依頼	申請日	/	受付番号