

各務原市要介護認定調査票作成について  
(概況調査Ⅰ～Ⅲの記載方法)

平成 28 年 5 月発行  
各務原市介護保険課作成

# I 調査実施者 II 調査対象者の記載方法

実際行った調査時間及び調査時間帯を記入

調査時間 分

## 概況調査

I. 調査実施者(記入者) 保険者番号 被保険者番号 実施日 平成 年 月 日

氏名 フリガナ 所属機関・部署 調査員

前回介護度がある場合は、介護度を記入する

II. 調査対象者

実施場所 居宅内・入所(院)施設内・その他( )

前回認定結果

立会人が、なしの場合はなしと記入する

過去の認定 回・2回目以降(前回認定 年 月 日)

調査対象者氏名 性別 男・女 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生 歳

現住所 電話

立会人等連絡先 調査対象者との関係( ) 電話

## III. 現在受けるサービス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( ) 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( )の状況  なし  予防給付・総合事業  介護給付※

00回	(介護予防)福祉用具貸与	00品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月00日
00回	特定(介護予防)福祉用具販売	00品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月00日
00日	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00日
00日	夜間対応型訪問介護	月05日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月00日
00日	(介護予防)認知症対応型通所介護	月00日	短期巡回・随時対応型訪問介護	月000回
			看護小規模多機能型居宅介護	月00日

医療機関(療養病床以外) 施設連絡先 施設名( ) 電話

介護老人保健施設  認知症対応型共同生活介護(グループホーム)  医療機関(医療保険適用療養病床)  その他の施設

改修なしの場合は、空欄にする。改修が過去にされている場合はあり。

実施場所は、実際行った調査場所を書く。

### ■その他の例

デイサービス利用中、グループホーム、ショートステイ利用中、小規模多機能利用中、有料老人ホーム、長男宅、施設名等具体的に記入する。

## 基本調査

数の記入は、必ず頭にゼロを記入し、すべての欄を埋めてください。

(例 5のときは、05、0のときは、00 など)

■鉛筆またはシャープペンシルでご記入下さい

■数字や○印は、枠内に丁寧に記入ください。

(例) ゼロ⇒6に見える場合

マル⇒いびつな場合

読み取りができなくなります。

■調査者氏名には、必ずふりがなを書いてください。

■福祉用具レンタルは、その時点での利用品数

■福祉用具購入は、過去6ヶ月内に購入した品数

### Ⅲ サービス利用の記載方法

#### 1. 在宅生活でサービス利用がない場合

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・総合事業  介護給付※

(介護予防)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)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)福祉用具貸与 <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 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)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> 日	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 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 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)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> 回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="text"/> 回

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

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利用がある場合には記載する。  
また、総合事業の在宅サービス利用のある場合には記入する。

#### 2. 在宅生活でサービス利用がある場合

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・総合事業  介護給付※

(介護予防)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)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)福祉用具貸与 <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 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)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> 日	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 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 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)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> 回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="text"/> 回

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

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。

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。  
利用予定回数も含みます。

③緊急通報、配食サービスなどの福祉サービス利用がある場合には記載する。また、総合事業の在宅サービス利用のある場合には記入する。

### 3.特別養護老人ホーム入所中の場合

(飛鳥美谷苑、つつじ苑、カーサ・レスパート、ジョイフル各務原、リバーサイド川島園 等)

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 checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 予防給付 ※ <input type="radio"/> 介護給付 ※			
(介護予防)訪問介護 (ホームヘルプ)訪問型サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所介護 (デイサービス)通所型サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	特定(介護予防)福祉用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	住宅改修 <input checked="" type="radio"/> あり	地域密着型特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
補助特別給付( )	介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
施設利用	総合事業の在宅サービス( )	施設連絡先 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	施設名( ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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施設(ケアハウス)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護施設(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"/> その他の施設

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①なしにチェックする。

②介護老人福祉施設に○を記入

③施設名等記入する。(ただし、各務原市内施設の場合は住所・電話の省略可)

### 4.介護老人保健施設入所中の場合

(菜の花(3F、4F、5F)、サンバレーかかみ野、コートレイ各務原、リハトピア・フェニックス(リハビリ強化型)、ハートピア・フェニックス(療養型強化型))

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 checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 予防給付 ※ <input type="radio"/> 介護給付 ※			
(介護予防)訪問介護 (ホームヘルプ)訪問型サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所介護 (デイサービス)通所型サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	特定(介護予防)福祉用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	住宅改修 <input checked="" type="radio"/> あり	地域密着型特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
補助特別給付( )	介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
施設利用	総合事業の在宅サービス( )	施設連絡先 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	施設名( ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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施設(ケアハウス)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護施設(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"/> その他の施設

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①なしにチェックする。

②介護老人保健施設に○を記入

③施設名等記入する。(ただし、各務原市内施設の場合は住所・電話の省略可)

### 5.介護療養型医療施設入所中の場合

(横山病院、そはら赤座医院、澤田病院、河村病院等)

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 ※

(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問型サービス 月〇〇〇回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス 月〇〇回	(介護予防)福祉用具貸与 〇〇品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月〇〇日
(介護予防)訪問入浴介護 月〇〇回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月〇〇回	特定(介護予防)福祉用具販売 〇〇品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月〇〇日
(介護予防)訪問看護 月〇〇回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月〇〇日	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 月〇〇日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月〇〇回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月〇〇日	夜間対応型訪問介護 月〇〇日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月〇〇日
(介護予防)居宅療養管理指導 月〇〇回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月〇〇日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月〇〇日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月〇〇〇回
補助特別給付〔 〕	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕		看護小規模多機能型居宅介護 月〇〇日
施設利用	総合事業の在宅サービス〔 〕	施設連絡先 〒	施設名( )
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input checked="" 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(ケアの入り)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(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"/> その他の施設

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄に改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①なしにチェックする。

③施設名等記入する。(ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可)

介護療養型医療施設に○を記入

### 6.医療機関(医療保険適用療養病床)入院中の場合

(横山病院、そはら赤座医院、小林内科、各務原第一外科、河村病院(マナー棟(4F)、各務原リハビリテーション病院(2F北)、澤田病院、愛生病院等)

※医療保険と介護保険の療養病床が混在する病院があります。月によって医療と介護病床数が変更できるため、おおよそのわかる範囲でOKです。

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 ※

(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問型サービス 月〇〇〇回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス 月〇〇回	(介護予防)福祉用具貸与 〇〇品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月〇〇日
(介護予防)訪問入浴介護 月〇〇回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月〇〇回	特定(介護予防)福祉用具販売 〇〇品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月〇〇日
(介護予防)訪問看護 月〇〇回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月〇〇日	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 月〇〇日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月〇〇回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月〇〇日	夜間対応型訪問介護 月〇〇日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月〇〇日
(介護予防)居宅療養管理指導 月〇〇回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月〇〇日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月〇〇日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月〇〇〇回
補助特別給付〔 〕	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕		看護小規模多機能型居宅介護 月〇〇日
施設利用	総合事業の在宅サービス〔 〕	施設連絡先 〒	施設名( )
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input checked="" 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(ケアの入り)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(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"/> その他の施設

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄に改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①なしにチェックする

③医療機関名、病棟等を記入(ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可)

②医療機関(医療保険適用療養病床)に○を記入

### 7.医療機関（療養病床以外）入院中の場合

東海中央病院、フェニックス総合クリニック、各務原リハビリテーション病院（2F 南）、河村病院（マナー棟5F、テラス棟（2F）、エアリー棟（2～5F）、県総合医療病院等

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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 予防給付 ※ <input type="checkbox"/> 介護給付 ※			
(介護予防)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)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)福祉用具貸与 <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 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)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> 日	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 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 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)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 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
補助特別給付( )	介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日
施設利用	総合事業の在宅サービス( )	施設連絡先 〒	施設名( )
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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(認知症ケアの取組)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用医療機関)	<input type="checkbox"/> その他の施設

①なしにチェックする

②医療機関（療養病床以外）に○を記入

③医療機関名、病棟等を記入（ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可）

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

### 8.グループホーム入所の場合

（サニーテラス、ひだまり、菜の花、ジョイフル各務原、愛の家各務原鶴沼朝日、あかり、愛の家おがせ、愛の家各務原前洞新町、ゆず、ジョイフル新那加、百々各務原、愛の家各務原三井町、いなば、あかり（川島苑）、やすらぎ、さかい、トリア等）

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 checked="" type="checkbox"/> 予防給付 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 介護給付 ※			
(介護予防)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)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)福祉用具貸与 <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 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)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> 日	住宅改修 <input type="checkbox"/> あり	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)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 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)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 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
補助特別給付( )	介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> 日
施設利用	総合事業の在宅サービス( )	施設連絡先 〒	施設名( )
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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(認知症ケアの取組)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用医療機関)	<input type="checkbox"/> その他の施設

①介護度に応じて予防給付又は介護給付に○を記入する

②調査した月の日数を記入。例 30、31 など

③認知症対応型共同生活介護適用施設に○を記入

④グループホーム名を記入する（ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可）

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

### 9.経費老人ホーム（ケアハウス）入居中の場合

（レスパイト各務原、飛鳥美谷苑、ケアハウスだんらん）

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 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 予防給付・総合事業 ※ <input type="radio"/> 介護給付 ※			
(介護予防)訪問介護 (ホームヘルプ)訪問サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所介護 (デイサービス)通所サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	特定(介護予防)福祉用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	住宅改修 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	地域密着型特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
補助特別給付( )	介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
施設利用	総合事業の在宅サービス( )		
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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(ケアハウス)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用医療機関)	<input type="checkbox"/> その他の施設

①介護度に応じて予防給付又は介護給付に○を記入する

②サービスの利用がある場合（訪問介護、通所介護等）、調査した月のサービスを記載する。（予定回数も含む）

③その他の施設に○を記入する。

④施設名を記入する。（ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可）

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全てそのままにし、改修ありの時は○を記入してください。

### 10.小規模多機能型居宅介護利用者の場合

（らぽら・ぼら、ニッケふれあいセンターかかみ野、七耀の杜、菜の花、レスパイトおがせ、ジョイフル新那加、プラタナス、陽だまりの宿、あかりの家（川島苑）、フクロウの郷）

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 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 予防給付・総合事業 ※ <input type="radio"/> 介護給付 ※			
(介護予防)訪問介護 (ホームヘルプ)訪問サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所介護 (デイサービス)通所サービス 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	特定(介護予防)福祉用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	住宅改修 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	地域密着型特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	夜間対応型訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
(介護予防)居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
補助特別給付( )	介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
施設利用	総合事業の在宅サービス( )		
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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(ケアハウス)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用医療機関)	<input type="checkbox"/> その他の施設

①介護度に応じて予防給付又は介護給付に○を記入する

②調査した月の日数を記入する。例 30、31 など（利用回数ではない）

③利用している小規模多機能の施設名を記入する。（ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可）

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全てそのままにし、改修ありの時は○を記入してください。

**月の途中で利用開始、または中止をした場合でも、その月の日数を記入する。通所系、訪問系サービスは記入しない**

# 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス利用の場合

(ケアサポートサフィールうぬま、あすか等)

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				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予防給付・総合事業	<input checked="" type="checkbox"/> 介護給付※	
(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問サービス	月□□□回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス	月□□□回	(介護予防)福祉用具貸与	□□品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月□□日
(介護予防)訪問入浴介護	月□□□回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月□□□回	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□□日
(介護予防)訪問看護	月□□□回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月□□□日	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□□日
(介護予防)訪問リハビリテーション	月□□□回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月□□□日	夜間対応型訪問介護	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)居宅療養管理指導	月□□□回	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月□□□日	(介護予防)認知症対応型通所介護	月□□□日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月□□□回
補助特別給付( )		介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護	月□□□日		
施設利用	総合事業の在宅サービス( )						
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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(介護付有料老人ホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	施設連絡先	〒		
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症対応型グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(介護保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> その他の施設	電話			

① 介護給付に○を記入する。

② 調査した月の回数を記入する。

③ 通所系サービス、短期入所系サービスを利用している場合、該当するサービス利用回数を記入する

**月の途中で利用開始、または中止をした場合でも、その月の回数を記入する。**

【たとえば・・・】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の訪問介護(月30回)、訪問看護(週2回)を利用しながら、福祉用具貸与(2品)、住宅改修を2カ月前に実施、短期入所(8日間)利用している場合

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				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予防給付・総合事業	<input checked="" type="checkbox"/> 介護給付※	
(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問サービス	月□□□回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス	月□□□回	(介護予防)福祉用具貸与	02品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月□□日
(介護予防)訪問入浴介護	月□□□回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月□□□回	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□□日
(介護予防)訪問看護	月□□□回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月08日	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□□日
(介護予防)訪問リハビリテーション	月□□□回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月□□□日	夜間対応型訪問介護	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)居宅療養管理指導	月□□□回	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月□□□日	(介護予防)認知症対応型通所介護	月□□□日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月030回
補助特別給付( )		介護保険給付外の在宅サービス( )		看護小規模多機能型居宅介護	月□□□日		
施設利用	総合事業の在宅サービス( )						
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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(介護付有料老人ホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	施設連絡先	〒		
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症対応型グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(介護保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> その他の施設	電話			

**※その他は、すべて00と記入し、口欄を埋めてください。**

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。



### 12. 特定施設入居者生活介護に入居している場合

(オークヒルズ各務野、かがみはらの憩、いずみ野等)

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月の品目数を記入)

現在受けているサービスの状況	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 ※	<input type="checkbox"/> 介護給付 ※
(介護予防)訪問介護 (ホームヘルプ)訪問型サービス	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所介護 (デイサービス)通所型サービス	(介護予防)福祉用具貸与
(介護予防)訪問入浴介護	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	特定(介護予防)福祉用具販売
(介護予防)訪問看護	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	住宅改修
(介護予防)訪問リハビリテーション	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	夜間対応型訪問介護
(介護予防)居宅療養管理指導	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護	(介護予防)認知症対応型通所介護
前付特別給付	介護保険給付外の在宅サービス	総合事業の在宅サービス	看護小規模多機能型居宅介護
施設利用	総合事業の在宅サービス	特定施設入居者生活介護(認知症対応型)	施設連絡先 〒 施設名( ) 電話番号

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業・介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全欄を記入してください。ただし住宅改修の欄については改修なしの場合は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①介護度に応じて予防給付又は介護給付に○を記入する

②調査した月の入所日数を記載する  
例 30、31など

③特定施設入居者生活介護適用施設に○を記入する。

④施設名等記入する。(ただし、各務原市内施設の場合は住所・電話の省略可)

### 13. 高齢者サービス付高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム等に入居している場合

(ユニシスマエの、ベスト各務原さくらの里、パルクドフレール、ゆかりの里ホーム花園、シルバーハウスのぞみ、マリアの丘、陽だまりホーム各務野ハイツ等)

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月の品目数を記入)

現在受けているサービスの状況	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 ※	<input type="checkbox"/> 介護給付 ※
(介護予防)訪問介護 (ホームヘルプ)訪問型サービス	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所介護 (デイサービス)通所型サービス	(介護予防)福祉用具貸与
(介護予防)訪問入浴介護	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	特定(介護予防)福祉用具販売
(介護予防)訪問看護	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	住宅改修
(介護予防)訪問リハビリテーション	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	夜間対応型訪問介護
(介護予防)居宅療養管理指導	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	(介護予防)特定施設入居者生活介護	(介護予防)認知症対応型通所介護
前付特別給付	介護保険給付外の在宅サービス	総合事業の在宅サービス	看護小規模多機能型居宅介護
施設利用	総合事業の在宅サービス	特定施設入居者生活介護(認知症対応型)	施設連絡先 〒 施設名( ) 電話番号

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全欄を記入してください。ただし住宅改修の欄については改修なしの場合は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①なし、又はサービス利用のある場合、または介護度に応じて予防給付、介護給付のいずれかに○を記入する

②その他の施設に○を記入する。

③施設名等記入する。(ただし、各務原市内施設の場合は住所・電話の省略可)

## 14. 養護老人ホームに入所中の場合

(慈光園等)

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月の品目数を記入)

現在受けているサービスの状況  なし  予防給付・総合事業  介護給付※

(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問型サービス 月〇〇〇回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス 月〇〇〇回	(介護予防)福祉用具貸与 〇〇品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月〇〇〇日
(介護予防)訪問入浴介護 月〇〇〇回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月〇〇〇回	特定(介護予防)福祉用具販売 〇〇品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月〇〇〇日
(介護予防)訪問看護 月〇〇〇回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月〇〇〇日	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 月〇〇〇日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月〇〇〇回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月〇〇〇日	夜間対応型訪問介護 月〇〇〇日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月〇〇〇日
(介護予防)居宅療養管理指導 月〇〇〇回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月〇〇〇日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月〇〇〇日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月〇〇〇回
市町村特別給付〔 〕	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕		看護小規模多機能型居宅介護 月〇〇〇日
施設利用	総合事業の在宅サービス〔 〕	施設連絡先 〒	施設名( )
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(認知症ケアのみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用外)	<input checked="" type="checkbox"/> その他の施設
		電話	

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの場合は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①なし、又はサービス利用のある場合、または介護度に応じて予防給付、介護給付のいずれかに○を記入する

③施設名等記入する。(ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可)

②その他の施設に○を記入する。

## 15. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の場合

(メゾンペイネ、オーク、サフィールいなは、サフィールそはら、DANKE、夢)

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月の品目数を記入)

現在受けているサービスの状況  なし  予防給付・総合事業  介護給付※

(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問型サービス 月〇〇〇回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス 月〇〇〇回	(介護予防)福祉用具貸与 〇〇品目	(介護予防)小規模多機能型居宅介護 月〇〇〇日
(介護予防)訪問入浴介護 月〇〇〇回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) 月〇〇〇回	特定(介護予防)福祉用具販売 〇〇品目	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 月〇〇〇日
(介護予防)訪問看護 月〇〇〇回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月〇〇〇日	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 月〇〇〇日
(介護予防)訪問リハビリテーション 月〇〇〇回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) 月〇〇〇日	夜間対応型訪問介護 月〇〇〇日	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月〇〇〇日
(介護予防)居宅療養管理指導 月〇〇〇回	(介護予防)特定施設入居者生活介護 月〇〇〇日	(介護予防)認知症対応型通所介護 月〇〇〇日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月〇〇〇回
市町村特別給付〔 〕	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕		看護小規模多機能型居宅介護 月〇〇〇日
施設利用	総合事業の在宅サービス〔 〕	施設連絡先 〒	施設名( )
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(認知症ケアのみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用外)	<input checked="" type="checkbox"/> その他の施設
		電話	

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋めてください。ただし住宅改修の欄については改修なしの場合は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

①介護給付に○を記入する

②地域密着型介護老人福祉施設生活介護に、調査した月の日数を記入例 30、31など

④施設名等記入する。(ただし、各務原市内施設の場合は住所・電話の省略可)

③介護老人福祉施設に○を記入する

# 16.地域密着型特定施設入所者生活介護の場合

(ジョイフル新那加等)

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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予防給付・総合事業	<input checked="" type="checkbox"/> 介護給付※
(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問型サービス	月〇〇〇回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス	月〇〇回
(介護予防)訪問入浴介護	月〇〇回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月〇〇回
(介護予防)訪問看護	月〇〇回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月〇〇日
(介護予防)訪問リハビリテーション	月〇〇回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月〇〇日
(介護予防)居宅療養管理指導	月〇〇回	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月〇〇日
福祉特別給付〔 〕	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕	夜間対応型訪問介護	月〇〇日
施設利用	総合事業の在宅サービス〔 〕	(介護予防)認知症対応型通所介護	月〇〇日
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(認知症ケアの入り)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> その他の施設
施設連絡先		施設名(〒 )	
		電話	

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋め、改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

① 介護給付に○を記入

② 調査した月の日数を記入する。  
例 30、31 など

④ 施設名等記入する。(ただし、各務原市内の場合は住所・電話の省略可)

③ 特定施設入居者生活介護適用施設に○を記入

# 17.住宅改修・福祉用具について

サービス利用状況は、「住宅改修」については過去の実績の有無、「福祉用具貸与」については、調査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カ月の品目数を記載する。

住宅改修「あり」に○を記入した場合は、現在受けているサービスの欄に現在の介護度に応じて予防か、介護給付かに○をつける。

なお、当該月の利用状況と異なる場合は、認定調査を行った日の直近の月のサービス利用状況を記入する。

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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 予防給付・総合事業	<input checked="" type="checkbox"/> 介護給付※
(介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)訪問型サービス	月〇〇〇回	(介護予防)通所介護(デイサービス)通所型サービス	月〇〇回
(介護予防)訪問入浴介護	月〇〇回	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月〇〇回
(介護予防)訪問看護	月〇〇回	(介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月〇〇日
(介護予防)訪問リハビリテーション	月〇〇回	(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月〇〇日
(介護予防)居宅療養管理指導	月〇〇回	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月〇〇日
福祉特別給付〔 〕	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕	夜間対応型訪問介護	月〇〇日
施設利用	総合事業の在宅サービス〔 〕	(介護予防)認知症対応型通所介護	月〇〇日
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<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(認知症ケアの入り)	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	<input type="checkbox"/> その他の施設
施設連絡先		施設名(〒 )	
		電話	

※概況調査Ⅲの在宅利用が予防給付・総合事業、介護給付の場合は利用回数、日数、品目の枠の中はゼロ等の数字を記入し全て埋め、改修なしの時は空欄のままにし、改修ありの時は○を記入してください。

住宅改修で「あり」を選択した場合、現在の介護度に応じて○を記入する。  
そのほかにサービスを利用していなくても、チェックが必要となります。

過去に住宅改修の利用のある場合、ありに○を記入する。