

認定調査票（会津若松市）記入方法

注意点

- 必ず黒ボールペンで記入してください。（またはパソコン入力も可です）
提出された調査票は機械で読み込むため、下書きはきれいに消し、調査票に消しゴムのカス等が残らないようにお願いいたします。
- 修正や削除を行う場合は、修正液・修正テープを使用しても構いませんが、消し残しが無いようにきれいに消してください。
- 専門用語や略語は使用せず、誰が読んでもわかりやすい表現で記入してください。
- 余白等の記載欄以外のところへは記入しないでください。
機械で読み込みを行っていますが、□ や □□□□ の中など一部分だけになります。全てをイメージで登録するわけではないので、記載欄以外には記入しないでください。
- 機械で読み込む際のポイントになりますので、文字を重ねたり穴を開けたりしないでください。

認定調査票（概況調査） 0301

07202

市区町村コード 07202 実施日時

管理市町村コード 調査番号

実施場所 自宅内 自宅外

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 ()

特設調査番号 (対象者番号) 生年月日 年 月 日

ふりがな 対象者氏名 現住所

電話番号 性別 男・女

申請日 年 月 日 調査回目 回目

実居等 連絡先住所 氏 名 対象者との関係 () 電話番号 - -

III. 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。

過去3ヶ月の最多数を記載

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	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input type="checkbox"/>
- (介護予防) 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	月	日	- (介護予防) 予防用具貸与	月	日	単位
- (介護予防) 訪問入浴介護	月	日	- 特定 (介護予防) 予防用具販売	月	日	単位
- (介護予防) 訪問看護	月	日	- 介護保険	あり	<input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>
- (介護予防) 訪問介護 (ヘルパー)	月	日	- 夜間対応型訪問介護	月	日	
- (介護予防) 居宅療養管理指導	月	日	- (介護予防) 認知症対応型通所介護	月	日	
- (介護予防) 通所介護 (日中)	月	日	- (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	月	日	
- (介護予防) 通所介護 (日中) (付)	月	日	- (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 (特養等)	月	日	- 地域密着型特定高齢者生活介護	月	日	
- (介護予防) 短期入所療養介護 (看護・診療所)	月	日	- 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月	日	
- (介護予防) 特定高齢者生活介護	月	日				

市町村特別給付 介護保険給付外の在宅サービス

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

認知症対応型共同生活介護施設 (ケア・アール)

特定施設入居者生活介護施設 (特別ケア)

医療機関 (医療保険適用療養病床) 医療機関 (療養病床以外) その他の施設

施設連絡先 施設名 () 電話番号 - -

IV. 調査対象者の年次 要介護状態 調査対象者の居住環境 (外出回数になるなど日常生活に支障となるような環境の有無) 、日常生活に使用する機器・設備の有無等について特記すべき事項を記入してください。

この■は機械での読み取りポイントなので、どのページも文字を重ねたり穴を開けたりしないでください。

□以外の欄外などには記入しないでください。読み込みません。

概況調査 (1枚目)

I 調査実施者 (記入者)

- ・調査員氏名
調査者番号の右脇に調査した調査員の方の名前を記入してください。
- ・実施日時
調査した日時を西暦で記入してください。
- ・実施場所
該当箇所をチェックし、自宅外の場合は調査場所を 内に記入してください。

II 調査対象者

- ・家族等連絡先
連絡先には、認定調査時に立ち会った方の住所、氏名、対象者との関係、電話番号を記入してください。同居の家族の場合は氏名だけで結構です。
(独居の方などで、ケアマネジャーや対象者の日頃の状況を知る近隣者、民生委員等が立ち会った場合は、その方の氏名、連絡先を記入してください。)

調査票は、調査対象者が世帯の代表(調査可能な世帯員)であるときに実施して下さい。ただし、本人が意思を表明して同意しない等、世帯の状況等により調査が実施できない場合があります。

認定調査票 (概況調査) 0401

I. 調査実施者
市区町村コード 07202 実施日時 年 月 日 時
管理市町村コード 調査者番号
実施場所 自宅内 自宅外

II. 調査対象者
過去の認定 初回・2回目以降(訪問認定) 年月日 前回認定結果
被保険者番号(対象者番号) 生年月日 年月日
フリガナ 現住所
対象者氏名
電話番号 性別 男
申請日 年月日 調査回目 回目
家族等連絡先住所 氏名 対象者との関係() 電話番号 - -

III. 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。
認定調査を行った際のサービス利用回数(入居(介護予防)程度利用実況)は調査日時点の、認定(介護予防)程度利用実況は認定月の最終利用実況

調査員名の記入場所

立ち会った方の氏名等を記載する

自宅以外で実施した際は、実施した場所を記入してください。施設での調査の場合施設名を記入してください。

Ⅲ 現在受けているサービスの状況について

・在宅利用

介護保険による在宅サービスについて、認定調査を行った月のサービス利用回数を記入してください。

- 福祉用具貸与は調査日時点の、福祉用具購入は過去6月の品目数を記載してください。
- 住宅改修については、過去に行ったかどうかで、該当する箇所にチェックしてください。
- 福祉用具の貸与を受けている場合は、品目をIVに記入してください。
- 「市町村特別給付」又は「介護保険給付以外の在宅サービス」を利用している場合については、その名称を 内に記入してください。

注意点

※住宅改修だけが「あり」の場合でも、サービスの状況は予防給付サービスか介護給付サービスにチェックしてください。

※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に入所している、又は医療機関等へ入院していて、在宅サービスを受けていない場合は、「なし」にチェックしてください。

・施設利用

施設入所・病院入院の場合は、該当する箇所にチェックし、施設連絡先（施設名、郵便番号、住所、電話番号）を記入してください。会津若松市の施設の場合は、施設名のみで結構です。

いづれかを選んでチェックを入れる

Ⅲ. 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。

※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品目数を記載。〔介護予防〕福祉用具購入は過去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 予防給付サービス 介護給付サービス

在宅利用	〔介護予防〕訪問介護(ヘルパーサービス)	月	<input type="text"/>	日	〔介護予防〕福祉用具貸与	月	<input type="text"/>	日	単品	
	〔介護予防〕訪問入浴介護	月	<input type="text"/>	日	〔介護予防〕福祉用具購入	月	<input type="text"/>	日	単品	
	〔介護予防〕訪問看護	月	<input type="text"/>	日	住宅改修	あり	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	
	〔介護予防〕訪問介護(ヘルパーサービス)	月	<input type="text"/>	日	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"/>	日	〔介護予防〕認知症対応型通所介護	月	<input type="text"/>	日		
	〔介護予防〕通所介護(介護サービス)	月	<input type="text"/>	日	〔介護予防〕中核的多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	日		
	〔介護予防〕通所介護(ヘルパーサービス)	月	<input type="text"/>	日	〔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(短期等)	月	<input type="text"/>	日	地域居宅型認知症対応型居宅生活介護	月	<input type="text"/>	日		
	〔介護予防〕短期入所居宅介護(短期・診療所)	月	<input type="text"/>	日	地域居宅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〕特定居宅型居宅生活介護	月	<input type="text"/>	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"/>							

□以外の余白に記載しても機械では読み取れません。

施設利用	<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"/> 器具並び型共同生活介護通所施設(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護通所施設(ケアハウス等)					
	<input type="checkbox"/> 医療機関(医療介護専用床等)	<input type="checkbox"/> 医療機関(通常病床以外)	<input type="checkbox"/> その他の施設				
	施設連絡先 施設名 ()						
	〒	-	-	電話	-	-	-

施設での調査の場合、施設名等を記入してください。市内の施設であれば住所の記載は不要です。

IV 調査対象者の主訴、家族状況等

調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の住居環境（外出が困難になるなどの日常生活に支障となるような環境の有無）、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。

施設入所者の場合は、施設の入所日や既往歴等も記入してください。

内容は、 の枠を**はみださない**ように、記入していただくようお願いします。

IV. 調査対象者の家族状況、調査対象者の住居環境（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）、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。

以外の余白に記入しても機械では読み取れません。

基本調査（2枚目・3枚目）

- ・調査日
西暦で年月日を記入してください。
- ・各項目について、該当する箇所にチェックします。
なお、前回調査を会津若松市で行っている場合には、前回選択した項目に下線がつくようになっていきます。

1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる	<input type="checkbox"/> 3) できない
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる	<input type="checkbox"/> 3) できない
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 自分の手で支えれ ばできる	<input type="checkbox"/> 3) 支えてもらえれ ばできる <input type="checkbox"/> 4) できない
1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支えなしで できる	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 何か支えがあれば できる	<input type="checkbox"/> 3) できない
1-7 歩行	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる	<input type="checkbox"/> 3) できない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる	<input type="checkbox"/> 3) できない
1-9 片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支えなしで できる	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 何か支えがあれば できる	<input type="checkbox"/> 3) できない

このように下線がつけます。

特記事項 (4枚目以降)

必ず該当する群の□ または □□ に番号を記入の上、ご記入ください。

(同じ番号は2回使わないようお願いいたします。4段のうちの、一つにでも数字が入っていれば、読み込みは可能です。1枚に収まらない場合には、実際にある項目の適当な数字をご記入の上、記載してください。)

認定調査票(特記事項) 0404

市区町村コード 被保険者番号 調査日 年 月 日

被保険者番号を記入してください。

1群は1～13 2群は1～12
 3群は1～9 4群は1～15
 5群は1～6 6群は1～12
 7群は1・2

のように、各群の項目の数だけ記入できます。
 項目を超えた数字は入れられません。

特記事項が記入してあっても、番号が入っていないと機械は読み取りませんのでご注意ください。

このような余白に記入しても機械は読み取れません。

※ 本用紙に収まらない場合は、補遺用紙を追加して下さい

その他

1. 1枚目の概況調査「Ⅳ」の項目が 内に書ききれない場合は、特記事項の用紙にご記入ください。

【記載例】

6-10 <概況調査Ⅳの続き> ○○○の為○○○○○○○○○○○○○○○○○○である。

特記事項を記入しない項目の番号を利用してください。

特記事項と区別する為に、書き出しに注意してください。

2. 各群の項目には当てはまらないが、特記すべき内容があった場合は、似たような内容の項目もしくは、使用しない項目の番号を利用して特記事項を記入してください。

【記載例】

4-15 項目には該当しないが、*****の為介助の手間がかかっている。

項目を選択しないで特記事項のみの記載になりますので、区別する為に書き出しに注意してください。

3. 固有名詞や個人が特定されるような内容の記載はしないようにお願いいたします。

記載できない内容の例	記載可能な内容
会津若松市・会津美里町等	記載しない
他市	遠く(近く)
町内	〃
千葉県・神奈川県	県外・県内
市営住宅・町営住宅・公営住宅	住宅
自営業・商店・工場（仕事内容が限定されるもの）	仕事
高田厚生病院等（病院名）	病院
長寿園等（施設名）	施設（種類は可）
生活保護	記載しない
息子が服役中・息子が自殺・息子が障害者	〃
その他、回答による生年月日や名前など(注)	〃

【記載例】 正確に自分の名前を答えた。

自分の名前ではなく他人（家族）の名前を答えた。

苗字は正確に答えられたが名前は答えられなかった。

正確に生年月日を答えた。

誕生日は答えられたが、何年生まれかは答えられなかった。