

## 状 況 票

調査対象者氏名	(フリガナ)	被保険者番号	
認定有効期間	要介護( )・要支援( )	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日
申請代理人	(申請者との関係)		
提出代行者			
訪問調査についての連絡先	(フリガナ) 氏 名	(続柄) (電話番号)	
調査場所	・ 自宅 ・ その他 ( )	屋内で動物を飼っている	いない ・ いる [ 犬 ・ 猫 ・ その他( ) ]
調査日について	都合の悪い日が、なし あり( )	訪問調査の連絡時間帯	都合の悪い日が、なし ・ あり ( )
訪問時同席者	(フリガナ) 氏 名	(続柄)	
サービスの利用状況	あり ・ なし (どちらかに○を記入してください。)		
訪問介護 (うち通院等乗降介助)	回/月 回/月	通所介護 (デイサービス)	回/月 曜日
(介護予防) 訪問入浴看護	回/月	(介護予防) 通所リハビリテーション (デイケア)	回/月 曜日
(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
(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
(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
		(介護予防) 福祉用具貸与	品目/月
		(介護予防) 福祉用具販売	品目/月
		住宅改修	あり ・ なし
		(介護予防) 夜間対応型訪問 介護	日/月
		(介護予防) 認知症対応型 通所介護	日/月
		(介護予防) 小規模多機能型 居宅介護	日/月
		(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護	日/月
		地域密着型特定施設 入居者生活介護	日/月
		地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	日/月
		介護タクシー	回/月