

現況確認表

被保険者番号 _____ 氏名 _____

1. 担当居宅介護支援事業者（介護保険施設）

事業者名		担当介護支援 専門員氏名		連絡先	TEL () FAX ()
------	--	-----------------	--	-----	--------------------

2. 現在の状況

・家族状況（独居・同居（夫婦のみ）・同居（その他））	
・介護保険の施設へ入所する予定の有無 有・無（施設名）	
・入院中の場合退院後の予定 在宅・施設・転院（施設・病院名）	未定

3. 現在利用しているサービス

<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定 (介護予防) 福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型通所介護	月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 通所介護（デイサービス）・通所型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 通所リハビリテーション（デイケア）	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護（ショートステイ）	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護（療養ショート）	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防) 特定施設入居者生活介護	月 日	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回		

4. サービス充足度等

サービス充足度	十分・不十分 (不足内容)	前回調査時との変化	・ ADL 改善・不変・悪化 ・ 認知症症状 改善・不変・悪化 ・ その他 ()
今後6ヵ月及び12ヶ月の心身状況の見通し	安定・不安定・その他 ()	介護の必要性の原因 となっている疾病名	

5. 訪問調査時の連絡先等

住所 _____
氏名 _____ (被保険者との続柄)
日中に連絡のとれる電話番号 ① _____ ② _____
その他調査に関する連絡事項（調査場所を含む）
調査時の同席について 家族：同席しなくてもよい ・ 同席したい（同席者名） 介護支援専門員・包括職員：同席しなくてもよい ・ 同席したい（同席者名）

6. その他（現在の状況等）

--