

介護保険 在宅サービスの利用状況確認票（実地調査用）

●下記の在宅サービスについて、現在の利用の有無と、現に受けているサービスについて、サービスの提供事業所名をお答えください。（介護予防も含みます）

1. 訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービスを、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

2. 訪問入浴介護を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

3. 病院または訪問看護ステーションの訪問看護を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

4. 訪問リハビリテーション, または通所リハビリテーションを、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

5. 通所介護（デイサービス）・通所型サービスを、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

6. 認知症対応型通所介護を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

7. 最近3か月の間に、ショートステイを利用したことが、（1. ある, 2. ない）

最後の年月

年 月

事業所名

8. 定期巡回型・随時対応型訪問介護看護（一体型）を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

9. 定期巡回型・随時対応型訪問介護看護（連携型）を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名（介護）:

（看護）:

10. 夜間対応型訪問介護を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

11. 小規模多機能型居宅介護を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

12. 看護小規模多機能型居宅介護を、（1. 利用している, 2. 利用していない）

事業所名

※この調査は、介護認定審査会での審査・判定を公平・公正に行なうため、サービスの利用状況等について確認するためのものであり、他の目的に使用するものではありません。