

認定調査票 間違えやすいサービス状況の書き方

1 ●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・介護医療院・医療機関に入所中の場合

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、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載

在宅利用	現在受けているサービスの状況	なし <input checked="" type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input type="checkbox"/>	
	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問入浴介護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問看護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	住宅改修	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問ヘルプ・リハビリテーション	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)居宅療養管理指導	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)認知症対応型通所介護	月 <input type="checkbox"/>
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)通所ヘルプ・リハビリテーション(デイケア)	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 <input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>		
	市町村特別給付	介護保険給付外の在宅サービス			
	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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設			

Ⅰ. 市区町村コード 1 3 2 0 9 実施日時 年 月 日 調査者番号 施設種別を記入(病院・特養・老健・介護療養型医療施設・介護医療院)

実施場所 自宅内 自宅外

2 ●以前に住宅改修を利用したことがあり、その他のサービスを使っていない場合 ⇒サービスの状況は、予防給付もしくは介護給付を黒塗りする。入院中の場合はサービス利用は「なし」とし、住宅改修の黒塗りをせず、概況に住宅改修済みの旨を記入する。

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、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載

在宅利用	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・総合事業 <input checked="" type="checkbox"/>	介護給付サービス <input type="checkbox"/>	
	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問入浴介護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問看護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	住宅改修	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	(介護予防)訪問ヘルプ・リハビリテーション	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)居宅療養管理指導	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)認知症対応型通所介護	月 <input type="checkbox"/>
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)通所ヘルプ・リハビリテーション(デイケア)	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月 <input type="checkbox"/>
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 <input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護	月 <input type="checkbox"/>	回 <input type="checkbox"/>		
	市町村特別給付	介護保険給付外の在宅サービス			
	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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設			

要介護を持っている場合は介護給付、要支援を持っている場合は予防給付に黒塗りする。

●小規模多機能居宅介護利用中の場合

⇒サービス利用の箇所に「30」と記入する。概況に訪問介護やデイサービス・ショートステイの利用状況（頻度・回数）を必ず記載するようにする。

3

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。

在宅利用	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 総合事業	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input type="checkbox"/>	
	訪問介護(ホームケア)・訪問型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	品目	
	(介護予防)訪問入浴介護	月	<input type="checkbox"/>	回	特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	品目	
	(介護予防)訪問看護	月	<input type="checkbox"/>	回	住宅改修	あり	なし	
	(介護予防)訪問リハビリテーション	月	<input type="checkbox"/>	回	夜間対応型訪問介護	月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)居宅療養管理指導	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)認知症対応型通所介護	月	<input type="checkbox"/>	
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月	0 3 0	
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	<input type="checkbox"/>	回		月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	<input type="checkbox"/>	回		月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="checkbox"/>	
	看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="checkbox"/>	回		月	<input type="checkbox"/>	
	市町村特別給付		介護保険給付外の在宅サービス					
	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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特別施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設					
	施設連絡先		施設名 (小規模多機能〇〇)				電話 (042-000-0000)	
〒		194-0000 東京都町田市〇〇町1-1-1						

30日と記入する。

小規模多機能の施設名を記入する。

Ⅰ.

市区町村コード	1 3 2 0 9	実施日時	年 月 日 時
管理市区町村コード		調査者番号	
実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外		

施設種別を記入(小規模多機能型居宅介護)

4 ●住宅型有料老人ホーム入所中の場合

Ⅲ. 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用	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 総合事業	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input type="checkbox"/>	
	訪問介護(ホームケア)・訪問型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	品目	
	(介護予防)訪問入浴介護	月	<input type="checkbox"/>	回	特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	品目	
	(介護予防)訪問看護	月	<input type="checkbox"/>	回	住宅改修	あり	なし	
	(介護予防)訪問リハビリテーション	月	<input type="checkbox"/>	回	夜間対応型訪問介護	月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)居宅療養管理指導	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)認知症対応型通所介護	月	<input type="checkbox"/>	
	通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	<input type="checkbox"/>	回	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	<input type="checkbox"/>	回	地域密着型特定施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	<input type="checkbox"/>	回	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	
	(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	<input type="checkbox"/>	回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="checkbox"/>	
	看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="checkbox"/>	回		月	<input type="checkbox"/>	
	市町村特別給付		介護					
	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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特別施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設					
	施設連絡先		施設名 (有料老人ホーム〇〇)				電話 (- -)	
〒		194-0000 東京都町田市〇〇町1-1-1						

サービスを利用している場合は記入する。

施設名を記入する。

施設利用はその他の施設にチェックする。

Ⅰ.

市区町村コード	1 3 2 0 9	実施日時	年 月 日 時
管理市区町村コード		調査者番号	
実施場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外		

自宅内を黒塗り

●地域密着型特別養護老人ホームに入所中の場合

- ⇒サービス状況は「介護給付」を黒塗り
- ⇒地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護日数を記入する。
- ⇒概況に日数やいつから利用しているかを必ず記入する。

5

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。

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

施設利用

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 介護医療院

認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)

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 (○○ホーム)

〒 194-0000 東京都町田市○○町1-1-1 電話 - -

I. 調査対象者(記入者)

市区町村コード 1 3 2 0 9 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

施設種別を記入(地域密着型特養)

●サービス付き高齢者住宅に入所中の場合

- ⇒下記のように記入する。必ず概況にも利用していることを書く。

6

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。

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

施設利用

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 介護医療院

認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)

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 (サ高住○○)

〒 194-0000 東京都町田市○○町1-1-1 電話 - -

I. 調査対象者(記入者)

市区町村コード 1 3 2 0 9 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

自宅内にチェック

7

●在宅利用のサービスを利用している場合（訪問介護・訪問型サービス・訪問入浴等）
⇒下記のように記入する。必ず概況にも利用していることを書く。

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)福祉用具貸与は過去5月の品目数を記載

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・総合事業	<input type="checkbox"/>	介護給付サービス	<input type="checkbox"/>
訪問介護(ホームケア)・訪問型サービス	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)福祉用具貸与	品目	<input type="text"/>
(介護予防)訪問入浴介護	月	<input type="text"/>	回	特定(介護予防)福祉用具貸与	品目	<input type="text"/>
(介護予防)訪問看護	月	<input type="text"/>	回	住宅改修		
(介護予防)訪問ヘルプサービス	月	<input type="text"/>	回	夜間対応型		
(介護予防)居宅療養管理指導	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)小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>
(介護予防)通所ヘルプサービス(ケア)	月	<input type="text"/>	回	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	日	<input type="text"/>
(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	<input type="text"/>	回	地域密着型特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>
(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	<input type="text"/>	回	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>
(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	回	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="text"/>
看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	回		日	<input type="text"/>

市町村特別給付 介護保険給付外の在宅サービス

施設利用

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 介護医療院

認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)

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 - -

要介護を持っている場合は介護給付、
要支援を持っている場合は予防給付
に黒塗りする。

利用しているサービスの月の回数を記入

※「認定調査票の注意事項と認定調査票の記入方法」及び「認定調査票 間違えやすいサービス状況の書き方」の書式は、町田市ホームページ▶医療・福祉▶介護保険課▶事業所の方へ▶調査票（持記事）にあります。