被保険者番号

**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（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ）・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

1. 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

1. 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

1. 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

1. 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

1. 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

1. 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

1. 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ありません。