

調査は、調査対象者が通常の状態(調査可能な状態)であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

認定調査票 (概況調査)

I. 調査実施者(記入者) 市区町村コード **10212** 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

II. 調査対象者
 過去の認定 初回・2回目以降(前回認定 年月日) 前回認定結果()
 被保険者番号(対象者番号) 生年月日 年月日
 ふりがな 現住所
 対象者氏名
 電話番号 -- 性別 男・女
 申請日 年月日 調査回目 回目
 家族等 連絡先住所 氏名 対象者との関係() 電話番号

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

現在受けているサービスの状況 なし 予防給付サービス・総合事業 介護給付サービス

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

市町村特別給付 介護保険給付外の在宅サービス

施設等利用 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院
 特定施設入居者生活介護適用施設 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)
 医療機関(医療保険適用療養病床) 医療機関(療養病床以外) 養護老人ホーム※1
 軽費老人ホーム※1 有料老人ホーム※1,2 サービス付き高齢者向け住宅※1 その他の施設等

施設等連絡先 施設等名 () 電話 - -

IV. 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無)、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。 ※家族状況 独居 同居(夫婦のみ) 同居(その他) (家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

認定調査票(基本調査①)

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

1-1 麻痺等の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) 左上肢 <input type="checkbox"/> 3) 右上肢 <input type="checkbox"/> 4) 左下肢 <input type="checkbox"/> 5) 右下肢 <input type="checkbox"/> 6) その他(四肢の欠損)
1-2 拘縮の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) 肩関節 <input type="checkbox"/> 3) 股関節 <input type="checkbox"/> 4) 膝関節 <input type="checkbox"/> 5) その他(四肢の欠損)
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 自分の手で支えれ ばできる <input type="checkbox"/> 3) 支えてもらえれ ばできる <input type="checkbox"/> 4) できない
1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支えなしで できる <input type="checkbox"/> 2) 何か支えがあれば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-7 歩行	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまらない でできる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかまれば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-9 片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支えなしで できる <input type="checkbox"/> 2) 何か支えがあれば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全介助 <input type="checkbox"/> 4) 行っていない
1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全介助
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 1) 普通(日常 生活に支障 がない) <input type="checkbox"/> 2) 約1m離れた 視力確認表の 図が見える <input type="checkbox"/> 3) 目の前に置いた 視力確認表の 図が見える <input type="checkbox"/> 4) ほとんど 見えない <input type="checkbox"/> 5) 見えて いるのか 判断不能
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 1) 普通 <input type="checkbox"/> 2) 普通の声はやつ と聞き取れる <input type="checkbox"/> 3) かなり大きな 声なら何とか 聞き取れる <input type="checkbox"/> 4) ほとんど 聞こえ ない <input type="checkbox"/> 5) 聞こえて いるのか 判断不能
2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) できない
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全介助
2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全介助
2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全介助
2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
2-11 スボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 1) 介助されて いない <input type="checkbox"/> 2) 見守り等 <input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 1) 週1回以上 <input type="checkbox"/> 2) 月1回以上 <input type="checkbox"/> 3) 月1回未満
3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 1) 調査対象者が意思を 他者に伝達できる <input type="checkbox"/> 2) ととき伝達できる <input type="checkbox"/> 3) ほとんど伝達 できない <input type="checkbox"/> 4) できない
3-2 毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-4 短期記憶(面接調査の直前に 何をしていたか思い出す)	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-6 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-7 場所の理解(自分が いる場所を答える)	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) とときある <input type="checkbox"/> 3) ある
3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) とときある <input type="checkbox"/> 3) ある

認定調査票(基本調査②)

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

4-1	物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-2	作話をする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-4	昼夜の逆転	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-5	しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-6	大声を出す	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-7	介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-8	「家に帰る」等と言いつつ落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-9	一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-10	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-11	物を壊したり、衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-12	ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-14	自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
4-15	話がまとまらず、会話にならない	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
5-1	薬の内服	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 一部介助	<input type="checkbox"/> 3) 全介助
5-2	金銭の管理	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 一部介助	<input type="checkbox"/> 3) 全介助
5-3	日常の意思決定	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 3) 日常的に困難 <input type="checkbox"/> 4) できない
5-4	集団への不適応	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある
5-5	買い物	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 見守り等	<input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
5-6	簡単な調理	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 見守り等	<input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助
6 過去14日間に受けた医療 (複数回答可)	処置内容	<input type="checkbox"/> 1) 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 2) 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 3) 透析 <input type="checkbox"/> 4) ストーマ(人工肛門)の処置		
		<input type="checkbox"/> 5) 酸素療法 <input type="checkbox"/> 6) レスピレーター(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 7) 気管切開の処置		
	特別な対応	<input type="checkbox"/> 8) 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 9) 経管栄養		
		<input type="checkbox"/> 10) モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 11) じょくそうの処置		
7 日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		

