

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)

0202

I. 調査実施者(記入者)

市区町村コード       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 対象者氏名  現住所

電話番号     性別 男・女 申請回目   回目

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・総合事業  介護給付サービス

在宅利用	・訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	・(介護予防)福祉用具貸与	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 回	・特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	品目
	・(介護予防)訪問看護	月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 回	・夜間対応型訪問介護	月 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	・(介護予防)居宅療養管理指導	月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 日	
	・通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 日	
	・(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"/> <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"/> <input type="text"/> 日	
	・(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"/> <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"/> <input type="text"/> 日	
	・(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"/> <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"/> <input type="text"/> 日	
	・(介護予防)特定施設入居者生活介護	月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 回	
	・看護小規模多機能居宅介護	月 <input type="text"/> <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

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  介護医療院

施設連絡先  施設名 ( )  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)、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。

# 認定調査票（基本調査①）

0211

 市区町村コード     

 対象者番号          

 申請回目  回目 調査回目  回目 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 支えら れる <input type="checkbox"/> 3) 支えて もらえ 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 可 能 <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 可 能 <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 が や つ と 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> 3) 可 なり 大 き な 声 な ら 何 と か 聞 き と 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 ズボン等の着脱	<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 可 能 <input type="checkbox"/> 2) と き ど き 伝 達 可 能 <input type="checkbox"/> 3) ほと んど 伝 達 可 能 <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 き ど 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 き ど き あ る <input type="checkbox"/> 3) あ る

# 認定調査票（基本調査②）

0221

 市区町村コード     

 対象者番号          

 申請回目   回目

 調査回目   回目

 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 に複数回答 可能な	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						
		<input type="checkbox"/> 12)カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)								
7 日常生活	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	

