

### 認定調査票(概況調査)

I. 調査実施者(記入者)	調査日	4 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <small>↑平成: 4</small>	実施場所	自宅内・自宅外
	ふりがな			所属機関・部署・TEL

記入者氏名	調査員コード <input type="text"/>
-------	-----------------------------

II. 調査対象者

今回の申請	新規・更新・区分変更	申請年月日	平成 年 月 日
-------	------------	-------	----------

調査対象者氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日生 歳
---------	------	----	-----	------	-------------------

現住所(訪問調査先)	〒	TEL	-	-
------------	---	-----	---	---

家族等連絡先	〒	氏名( )	調査対象者との関係( )	TEL	-	-
--------	---	-------	--------------	-----	---	---

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

在宅利用(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)

なし <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/>	訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問入浴介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	訪問リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回
居宅療養管理指導 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	通所リハビリテーション 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	短期入所生活介護(特養等) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	短期入所療養介護(老健等) 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
特定施設入居者生活介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	福祉用具貸与 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	特定福祉用具販売 <input type="text"/> <input type="text"/> 品目	住宅改修 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
認知症対応型通所介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	認知症対応型共同生活介護 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"/> 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"/> 日
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 回	看護小規模多機能型居宅介護 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	介護保険給付以外の在宅サービス		

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  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( ) TEL - -

### 基本調査

1-1. 麻痺等の有無(複数回答可)

1ない  2左上肢  3右上肢

4左下肢  5右下肢  6その他(四肢の欠損)

1-2. 拘縮の有無(複数回答可)

1ない  2肩関節  3股関節

4膝関節  5その他(四肢の欠損)

1-3. 寝返り.....  1できる  2つかまればできる  3できない

1-4. 起き上がり.....  1できる  2つかまればできる  3できない

1-5. 座位保持.....  1できる  2自分の手で支えればできる  3支えをもらえばできる  4できない

1-6. 両足での立位保持.....  1できる  2支えがあればできる  3できない

1-7. 歩行.....  1できる  2つかまればできる  3できない

1-8. 立ち上がり.....  1できる  2つかまればできる  3できない

1-9. 片足での立位.....  1できる  2支えがあればできる  3できない

1-10. 洗身.....  1介助されていない  2一部介助  3全介助  4行っていない

1-11. つめ切り.....  1介助されていない  2一部介助  3全介助

1-12. 視力

1普通(日常生活に支障がない)  2約1m離れた視力確認表の図が見える

3目の前に置いた視力確認表の図が見える  4ほとんど見えない  5見えているのか判断不能

1-13. 聴力

1普通  2普通の声はやっと聞き取れる

3かなり大きな声なら何とか聞き取れる  4ほとんど聞こえない  5聞こえているのか判断不能

2-1. 移乗 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

2-2. 移動 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

2-3. えん下 .....  1 できる  2 見守り等  3 できない

2-4. 食事摂取 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

2-5. 排尿 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

2-6. 排便 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

2-7. 口腔清潔 .....  1 介助されていない  2 一部介助  3 全介助

2-8. 洗顔 .....  1 介助されていない  2 一部介助  3 全介助

2-9. 整髪 .....  1 介助されていない  2 一部介助  3 全介助

2-10. 上衣の着脱 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

2-11. スボン等の着脱 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

2-12. 外出頻度 .....  1 週1回以上  2 月1回以上  3 月1回未満

3-1. 意思の伝達  
 1 調査対象者が意思を他者に伝達できる  2 とときどき伝達できる  3 ほとんど伝達できない  4 できない

3-2. 毎日の日課を理解 .....  1 できる  2 できない

3-3. 生年月日や年齢を言う .....  1 できる  2 できない

3-4. 短期記憶 .....  1 できる  2 できない  
(面接調査の直前に何をしていたか思い出す)

3-5. 自分の名前を言う .....  1 できる  2 できない

3-6. 今の季節を理解する .....  1 できる  2 できない

3-7. 場所の理解 (自分がいる場所を答える) .....  1 できる  2 できない

3-8. 徘徊 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

3-9. 外出すると戻れない .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-1. 被害的 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-2. 作話 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-3. 感情が不安定 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-4. 昼夜逆転 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-5. 同じ話をする .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-6. 大声を出す .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-7. 介護に抵抗 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-8. 落ち着きがない .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-9. 一人で出たがる .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-10. 収集癖 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-11. 物や衣類を壊す .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-12. ひどい物忘れ .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-13. 独り言・独り笑い .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-14. 自分勝手に行動する .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

4-15. 話がまとまらない .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

5-1. 薬の内服 .....  1 介助されていない  2 一部介助  3 全介助

5-2. 金銭の管理 .....  1 介助されていない  2 一部介助  3 全介助

5-3. 日常の意思決定 .....  1 できる  2 特別な話を聞いてできる  3 日常的に困難  4 できない

5-4. 集団への不適応 .....  1 ない  2 とときどき  3 ある

5-5. 買い物 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

5-6. 簡単な調理 .....  1 介助されていない  2 見守り等  3 一部介助  4 全介助

6. 過去14日間に受けた特別な医療について (複数回答可)

処置内容  1 点滴の管理  2 中心静脈栄養  3 透析  4 ストーマの処置  5 酸素療法  6 レスビレーター  7 気管切開の処置  8 疼痛の看護  9 経管栄養

特別な対応  10 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)  11 じょくそうの処置  12 カテーテル

7. 日常生活自立度について、各々該当するもの一つだけ○印をつけてください。

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"/> J 1	<input type="checkbox"/> J 2	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> B 1	<input type="checkbox"/> B 2	<input type="checkbox"/> C 1	<input type="checkbox"/> C 2
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"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	



