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ください。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）　　保険者番号　１９４２９０　　　被保険者番号**

Ⅰ　調査実施者（記入者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 令和　年　月　日 | 実施場所 | 自宅内　・　自宅外（　） | |
| ふりがな |  | | 所属機関 |  |
| 記入者氏名 |  | |

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 | | 非該当 ･ 要支援（　 ）･ 要介護（　 ） | |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治 ･ 大正 ･ 昭和  年　 月　 日（ 　歳） |
| 対象者氏名 |  |
| 現住所 | 〒 | | | 電 話 |  |
| 家族等  連絡先 | 〒　　　－  氏名（　　　　　　　　）　調査対象者との関係（　　　） | | | 電 話 |  |

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〔**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、特定（介護予防）福祉用具販売は過去６月の品目数を記載〕 | | |
| 訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ）・訪問型サービス 　　　　月　　回 | （介護予防）福祉用具貸与　　　　　　　　　　　　品目 | |
| （介護予防）訪問入浴介護　　　　　　　　　　月　　回 | 特定（介護予防）福祉用具販売　　　　　　　　　　品目 | |
| （介護予防）訪問看護　　　　　　　　　　　　月　　回 | 住宅改修　　　　　　　　　　　　　　　　　あり・なし | |
| （介護予防）訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　　　　　　　　　月　　回 | 夜間対応型訪問介護　　　　　　　　　 　　　月　　日 | |
| （介護予防）居宅療養管理指導　　　　　　　　月　　回 | （介護予防）認知症対応型通所介護 　 　　　月　　日 | |
| 通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）・通所型ｻｰﾋﾞｽ 　　　　　月　　回 | （介護予防）小規模多機能型居宅介護 　 　　　月　　日 | |
| （介護予防）通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（ﾃﾞｲｹｱ） 　　　　月　　回 | （介護予防）認知症対応型共同生活介護　　　　月　　日 | |
| （介護予防）短期入所生活介護(ｼｮｰﾄｽﾃｲ) 　　　 月　　日 | 地域密着型特定施設入居者生活介護　 　　　　月　　日 | |
| （介護予防）短期入所療養介護(療養ｼｮｰﾄ) 　　　月　　日 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　　月　　日 | |
| （介護予防）特定施設入所者生活介護　　　　　月　　日 | 定期巡回･随時対応型訪問介護看護　　　 　　　月　　日 | |
| 看護小規模多機能型居宅介護　 　　　 　　　 月　　日 |  | |
| 市町村特別給付［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | |
| 介護保険給付以外の在宅サービス［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | |
| 施設等利用 | | |
| 介護老人福祉施設　介護老人保健施設　介護療養型医療施設　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(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ)　　 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\*　　軽費老人ﾎｰﾑ\*　　有料老人ﾎｰﾑ\*⁑　　ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅\*　　その他の施設等 | | |
| 施設等連絡先 | | |
| 施設等名　　　「　　　　　　　　　　　　」 | | |
| 郵便番号　　〒　　　- | | 電話　　　　-　　　- |
| 住　　所 | | |

\*　特定施設入居者生活介護適用施設を除く。　⁑ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

|  |
| --- |
| Ⅳ　調査対象者の家族状況、調査対象者の居住状況(外出が困難になるなどの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） |

　　調査日　令和　　年　　月　　日　　保険者番号　**１９４２９０**　　　被保険者番号

**認定調査票（基本調査）**

**1－1　麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（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　拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（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　寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．つかまらないでできる　　　　　２．何かにつかまればできる　　　　　３．できない |

**1－4　起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．つかまらないでできる　　　　　２．何かにつかまればできる　　　　　３．できない |

**1－5　座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1. できる　　２．自分の手で支えればできる　 ３．支えてもらえばできる 　４．できない |

**1－6　両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．支えなしでできる　　　　　　　２．何か支えがあればできる　　　　　３．できない |

**1－7　歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．つかまらないでできる　　　　　２．何かにつかまればできる　　　　　３．できない |

**1－8　立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．つかまらないでできる　　　　　２．何かにつかまればできる　　　　　３．できない |

**1－9　片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．支えなしでできる　　　　　　　２．何か支えがあればできる　　　　　３．できない |

**1－10　洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

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

**1－12　視力ついて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1. 普通 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　聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1. 普通 2. 普通の声がやっと聞き取れる 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. 聞こえているか判断不能 |

**2－1　移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．できる　　　　　　　　　　　　２．見守り等　　　　　　　　　　　　３．できない |

**2－4　食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

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

**2－8　洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

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

**2－9　整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

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

**2－10　上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| １．週1回以上　　　　　　　　　２．月1回以上　　　　　　　　　　　３．月1回未満 |

**3－1　意思の伝達ついて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1. 査対象者が意思を他者に伝達できる 2. 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　毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．できる 　　　　　　　　 ２．できない |

**3－3　生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．できる 　　　　　　　　 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）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．できる 　　　　　　　　 ２．できない |

**3－5　自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．できる 　　　　　　　　 ２．できない |

**3－6　今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．できる 　　　　　　　　 ２．できない |

**3－8　徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**3－9　外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**（4群は全て有無）**

**4－1　物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－2　作話をすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－3　泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－4　昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－5　しつこく同じ話をすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－6　大声をだすことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－7　介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－8　「家に帰る」等と言い落ち着きがないことついて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－9　一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－10　いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－11　物を壊したり、衣服を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－12　ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－13　意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－14　自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**4－15　話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**5－1　薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

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

**5－2　金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

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

**5－3　日常の意思決定ついて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．できる（特別な場合でもできる）２．特別な場合を除いてできる　 ３．日常的に困難　４．できない |

**5－4　集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1．ない 　　　　　　　　　　 ２．ときどきある　　　　　　　　　　３．ある |

**5－5　買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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　簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 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日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。**

**（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（人工肛門）の処置  　　　　　　　　5.酸素療法　　　 6.レスピレーター（人工呼吸器）　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（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　日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○をつけて下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ |