

(別添2)

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。

保険者番号 194290 被保険者番号 \_\_\_\_\_

### 認定調査票（概況調査）

#### 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<br>(前回認定 年 月 日) | 前回認定結果 | 非該当・要支援（ ）・要介護<br>( )  |
| ふりがな       |                          | 性別     | 男・女                    |
| 対象者氏名      |                          | 生年月日   | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 ( 歳) |
| 現住所        | 〒 -                      | 電話     | - -                    |
| 家族等<br>連絡先 | 〒 -<br>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 ] |     |                                               |       |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス                                 | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与         | 品目    |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護                                         | 月 回 | <input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売       | 品目    |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護                                           | 月 回 | <input type="checkbox"/> 住宅改修                 | あり・なし |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション                                    | 月 回 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護            | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導                                       | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護     | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス                                 | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護    | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)                              | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護   | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)                              | 月 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)                               | 月 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護                                    | 月 日 | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | 月 回   |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護                                        | 月 日 |                                               |       |
| <input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ ]                                          |     |                                               |       |
| <input type="checkbox"/> 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<sup>※1</sup>     軽費老人ホーム<sup>※1</sup>     有料老人ホーム<sup>※1, 2</sup>     サービス付き高齢者向け住宅<sup>※1</sup>     その他の施設等

#### 施設等連絡先

|      |       |    |     |
|------|-------|----|-----|
| 施設等名 | _____ | 電話 | - - |
| 郵便番号 | -     |    |     |
| 住所   |       |    |     |

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。    ※2 サービ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）

1-1 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. 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. 調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 作話をする事について、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事について、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 大声をだす事について、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 |
|-------|-----------|-------|

4-9 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、無断でもってくる事について、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事について、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（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 集団への不適應について、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 |