

認定調査票(概況調査)

保険者番号

被保険者番号

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。

I. 調査実施者(記入者)

実施日時	令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 時	実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外→ ()
記入者氏名	所属機関		

II. 調査対象者

過去の認定	初回 (前回認定)	前回認定結果	申請日	
(フリガナ)対象者氏名	性別		生年月日	(歳)
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。福祉用具貸与は調査日時点の、特定福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)

<input type="checkbox"/> 予防給付・総合事業	<input type="checkbox"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> なし			
訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回	通所リハビリテーション(デイケア)	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回	認知症対応型通所介護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日
訪問入浴介護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回	短期入所生活介護(ショートステイ)	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	小規模多機能型居宅介護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日
訪問看護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回	短期入所療養介護(療養ショート)	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	認知症対応型共同生活介護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日
訪問リハビリテーション	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回	特定施設入居者生活介護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	住宅改修	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
居宅療養管理指導	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回	福祉用具貸与	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 品目	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回	特定福祉用具販売	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 品目	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 回
夜間対応型訪問介護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 日	地域密着型特定施設入居者生活介護	月 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 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" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 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

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

施設等連絡先 〒 - 施設等名 () 電話 - -

※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)

1402

保険者番号

被保険者番号

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1メートル離れた 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)普通の声やう 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 伝達できる	<input type="checkbox"/> 2)ときどき伝達 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 することが	<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 ことが	<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 言うことが	<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 ことが	<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	3-7 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	

認定調査票(基本調査2)

1403

保険者番号

被保険者番号

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ことが	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
4-1	物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
4-2	作話をすることが	<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ことが	<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ことが	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
4-6	大声をだすことが	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
4-7	介護に抵抗することが	<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ことが	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
4-9	1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
4-10	いろいろな物を集めたり、無断でもってくるのが	<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ことが	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
4-12	ひどい物忘れが	<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ことが	<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ことが	<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、会話にならないことが	<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			
		<input type="checkbox"/> 8) 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 9) 経管栄養			
7 日 常 生 活	特別な対応	<input type="checkbox"/> 10) モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 11) じよくそうの処置			
		<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"/> 1) 自立 <input type="checkbox"/> 2) J1 <input type="checkbox"/> 3) J2 <input type="checkbox"/> 4) A1 <input type="checkbox"/> 5) A2 <input type="checkbox"/> 6) B1 <input type="checkbox"/> 7) B2 <input type="checkbox"/> 8) C1 <input type="checkbox"/> 9) C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 1) 自立 <input type="checkbox"/> 2) I <input type="checkbox"/> 3) IIa <input type="checkbox"/> 4) IIb <input type="checkbox"/> 5) IIIa <input type="checkbox"/> 6) IIIb <input type="checkbox"/> 7) IV <input type="checkbox"/> 8) M			

認定調査票(特記事項)

1404

保険者番号

被保険者番号

頁番号

1. 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無 1-2 拘縮の有無 1-3 寝返り 1-4 起き上がり 1-5 座位保持 1-6 両足での立位 1-7 歩行 1-8 立ち上がり
1-9 片足での立位 1-10 洗身 1-11 つめ切り 1-12 視力 1-13 聴力

2. 生活機能に関する項目についての特記事項

2-1 移乗 2-2 移動 2-3 えん下 2-4 食事摂取 2-5 排尿 2-6 排便 2-7 口腔清潔 2-8 洗顔 2-9 整髪 2-10 上衣の着脱 2-11 ズボン等の着脱
2-12 外出頻度

3. 認知機能に関する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達 3-2 毎日の日課を理解 3-3 生年月日を言う 3-4 短期記憶 3-5 自分の名前を言う 3-6 今の季節を理解 3-7 場所の理解
3-8 徘徊 3-9 外出して戻れない

認定調査票(特記事項)

1405

保険者番号

被保険者番号

頁番号

4. 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的 4-2 作話 4-3 感情が不安定 4-4 昼夜逆転 4-5 同じ話をする 4-6 大声を出す 4-7 介護に抵抗 4-8 落ち着きなし 4-9 一人で出たがる
4-10 収集癖 4-11 物や衣類を壊す 4-12 ひどい物忘れ 4-13 独り言・独り笑い 4-14 自分勝手に行動する 4-15 話がまとまらない

5. 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服 5-2 金銭の管理 5-3 日常の意思決定 5-4 集団への不適応 5-5 買い物 5-6 簡単な調理

6. 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

7. 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度