①

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　　　　　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回め以降  （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（　　　）  氏名（　　　　　　　　）続柄（　　　　　） | | | 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 〕 | |
| □訪問診療等　　　月　　回（　　分） | □日帰り介護　　月　　回（　　分） | □その他 |
| 1. (介護予防)訪問介護(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ) 　 月　 　回 | □(介護予防)福祉用具貸与　　 　　　 　 　 　品目 |
| 1. (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 |
| 1. (介護予防)訪問看護　　　　　　　　　 　 月　 　回 | □住宅改修 あり・なし |
| 1. (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 |
| 1. (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 |
| □(介護予防)通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）　　　 　 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(特養等) 　 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(老健・診療所) 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)特定施設入居者生活介護 　 月 　　日 | □定期巡回・随時対応型訪問介護看護 　　　　月 　　回 |
| □看護小規模多機能型居宅介護　　　　　　　　月 　　日 |  |
| □市町村特別給付　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | |
| □介護保険給付外の在宅サービス［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | |

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 利 用 | 施 設 連 絡 先 |
| □介護老人福祉施設 |  |
| □介護老人保健施設 | 施設名 |
| □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(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ) | 郵便番号　　　― |
| □特定施設入居者生活介護適用施設(ｹｱﾊｳｽ等) | 施設住所 |
| □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 | 電話　　　　－　　　　－ |

Ⅳ　調査対象者の主訴、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）**

**1-1　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　関節の動く範囲の制限の有無について、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.支えてもらえればできる　　　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（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.ほとんど聞えない  5.聞えているのか判断不能 |

**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 |

**4-1 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 昼夜の逆転があることについて、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 |

**4-5 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、衣類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.自立 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.自立 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 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.できる　　　 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.できる　　　 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  　失禁への対応　　　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○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） | 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 |

**認定調査票（特記事項）**

**１　身体機能・起居動作に関連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　生活機能に関連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　認知機能に関連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

|  |
| --- |
| （　　） |
| （　　） |
| （　　） |
| （　　） |

**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大声をだす,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

|  |
| --- |
| （　　） |
| （　　） |
| （　　） |
| （　　） |

※　本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい