

概況調査

認定調査票

折り曲げ・汚れ等厳禁

実施して下さい。再調査を行なって下さい。

記入例

保険者番号 被保険者番号 認定申請日 平成 令和 枝番

記入者氏名 対象者氏名 大正 昭和 (歳)

申請区分 新規 更新 区分変更 職種 (初回) 再調査 在職中 退職後

申請代行区分 本人 地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者 介護保険施設 その他 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

調査実施日 平成 令和 指定居宅介護支援事業者番号 有効期間 開始日 平成 令和 終了日 平成 令和

実施場所 自宅内 自宅外 () 認定調査員番号 副調査員番号

記入必須

現在受けているサービスの状況 なし 予防給付(総合事業) 介護給付 ※現在受けているサービスが「なし」の場合は、施設利用のみ記載。
「予防給付・総合事業」を選択時は、①～⑤、⑧、⑨、⑩が記入対象。「介護給付」を選択時は、①～④が記入対象。

〔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〕

訪問介護(ホームヘルプ)訪問型サービス	①	月	<input type="text"/>	回	通所介護(デイサービス)	⑥	月	<input type="text"/>	回	品	(介護予防)	⑧	月	<input type="text"/>	回	品	(介護予防)	⑩	月	<input type="text"/>	回
(介護予防)訪問入浴介護	②	月	<input type="text"/>	回																	
(介護予防)訪問看護	③	月	<input type="text"/>	回																	
(介護予防)訪問リハビリテーション	④	月	<input type="text"/>	回																	
(介護予防)居宅療養管理指導	⑤	月	<input type="text"/>	回	特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	回	認知症対応型通所介護	月	<input type="text"/>	回	訪問介護看護	月	<input type="text"/>	回	看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	回	

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 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 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(ケアハウス等) 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 ※枠からはみ出さないように記入願います。 施設名 電話

●「認定調査員番号」には、市で独自に管理した番号がありますので、未記入で問題ありません。

基本調査 ※あてはまる項目の□内に○印をご記入ください。【記入例】

1-1 麻痺等の有無(複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他	3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 ときどきできる <input type="checkbox"/> 3 ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 4 できない
1-2 関節可動制限領域(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 肩 <input type="checkbox"/> 3 股 <input type="checkbox"/> 4 膝 <input type="checkbox"/> 5 その他	3-2 日課の理解	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 できない
1-3 寝返り		3-3 転倒をわら	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 できない
1-4 起き上がり		3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 できない
1-5 座位保持		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
1-6 両足での立位		3-9 外出して戻れない	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
1-7 歩行		4-9 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 つかまれば可 <input type="checkbox"/> 3 できない	4-10 収集癖	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
1-9 片足での立位		4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
1-10 洗身		4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
1-11 つめ切り		4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 1 普通	4-13 独り言 独り笑い	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 1 普通	4-14 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
2-1 移乗		4-15 話がまとまらない	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
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	5-3 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 特別な場合以外可 <input type="checkbox"/> 3 日常的に困難 <input type="checkbox"/> 4 できない
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	5-4 集団参加ができない	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
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	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
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	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
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	6 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 透折 <input type="checkbox"/> 4 ストーマの処置(工部門)
2-7 口腔清潔(はみがき等)	<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	過去14日間に受けた医療(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 5 酸素療法 <input type="checkbox"/> 6 レスビレータ(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 7 気管切開の処置
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	特別な対応	<input type="checkbox"/> 8 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 9 経管栄養
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	失禁への対応	<input type="checkbox"/> 10 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 11 じょくそうの処置
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		<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)
2-11 スボン・パンツ等の着脱	<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	7-1 障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
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	7-2 認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

●数字は枠内にはっきりと記入してください。潰れていると正しく読込できません。

●チェックについては、枠外へはみ出ることのないようにご注意ください。「O(マル)」を推奨しています。

備考