

I 調査実施者

事業者番号・調査員番号		実施年月日	令和	年	月	日
調査者氏名					時	分
実施場所	()					

II 調査対象者

フリガナ		生 年 月 日	年	月	日 (歳)
対象者氏名					
現住所	申請年月日		令和	年	月 日
	電 話		-	-	
過去の認定	前回認定結果				
	有効期限	年	月	日 ~	年 月 日
その他連絡先	〒 -	氏名	様 関係 ()	電 話	- -

III 現在受けているサービスの状況 サービス利用：

在宅利用（調査月のサービス利用回数を記入、用具貸与は調査日時点、用具販売は過去6月の品目数）					
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)・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"/> (介護予防)訪問看護	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)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修		
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防)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)認知症対応型通所介護	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)小規模多機能型居宅介護	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"/> (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)短期入所療養介護(老健・診療所)	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)特定施設入居者生活介護	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"/> 市町村特別給付 []			<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	回
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []			<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月	日

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <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(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設 <input type="checkbox"/> 居宅(施設利用なし)	施設名 _____ _____ 病棟・ _____ 階 _____ 入院・入所日 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 施設住所 _____ 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 調査対象者の主訴、家族状況、居住環境等について特記すべき事項

() ()	・かかりつけ医 () ・入院歴 ()
・希望のサービス () ・担当者 () 第3者確認 ()	

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チェックを入れてください。（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 拘縮有無について、あてはまる番号すべてにチェックを入れてください。（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チェックを入れてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | | |
|--------|-----------------|----------------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | |
|-------------|----------------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | |
|-------------|----------------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | | |
|-------------|---------|--------|-----------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 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チェックを入れてください。

1. 普通（日常生活に支障がない）
2. 約1 m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チェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | |
|--------|---------|---------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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チェックを入れてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 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, 8, 9 あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

	1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
7. 口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
8. 洗顔	1	2	3
9. 整髪	1	2	3

2-10, 11 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

	1. 介助されていない	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
10. 上衣の着脱	1	2	3	4
11. ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

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, 3, 4, 5, 6, 7 あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

2. 毎日の日課を理解することが	1. できる	2. できない
3. 生年月日や年齢を答えることが	1. できる	2. できない
4. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	1. できる	2. できない
5. 自分の名前を答えることが	1. できる	2. できない
6. 今の季節を理解することが	1. できる	2. できない
7. 自分がいる場所を答えることが	1. できる	2. できない

3-8, 9, あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

3-8. 徘徊することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
9. 外出すると戻れないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

4-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 あてはまる番号に一つだけチェックを入れてください。

4-1. 物を盗られたなど被害的になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
2. 作話をする事が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
3. 泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
4. 昼夜が逆転することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
5. しつこく同じ話をすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
6. 大声をだすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
7. 介護に抵抗することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
9. 1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
10. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる事が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
11. 物を壊したり、衣類を破いたりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
12. ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
13. 意味もなく独り言や独り笑いをすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
14. 自分勝手に行動することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
15. 話がまとまらず会話にならないことが	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チェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

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チェックを入れてください。

(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チェックを入れてください。

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	

認定調査票（特記事項）