

概況調査

介護認定調査票 (OCR用) Ver9.0

*文字の記入は見本を見て枠内に
に丁寧に記入してください。

*文字

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ☐ ☐

51

保険者番号	132225	被保険者番号		認定申請日		令和		年		月		日	申請種別	☐	取下区分	☐	被保険者区分	☐
調査対象者氏名				生年月日	明治	大正	昭和					年齢		性別	男	女	主キー用補助項目	☐

記入は鉛筆で行ってください。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ください。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ください。

前認定結果		介護支援事業者番号	
-------	--	-----------	--

調査実施者	実施日	令和		年		月		日	「年」「月」「日」が一桁の場合は、先頭に「0」を記入してください。	調査員番号	
-------	-----	----	--	---	--	---	--	---	-----------------------------------	-------	--

現在受けているサービス状況 居宅の場合該当するものに右つめて記入してください。現在のサービス ☐ 予防給付総合事業 ☐ 介護給付 ☐ なし認定調査を行った月のサービス利用回数(回/月)(用具販売は品目数/半年)(用具貸与は品目数)(複数回答可)(☐ は介護給付のみの項目です)

訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養管理指導	通所介護(デイサービス)	通所リハビリ(デイケア)	短期生活介護	短期療養介護	特定施設入居者生活介護	福祉用具貸与	福祉用具販売	夜間対応型訪問介護
認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域特定施設入居者	地域介護福祉入所者	定期巡回随時対応型介護	看護小規模	住宅改修	受けているサービスを記入した場合は、必ず値の合計を記入してください。(利用回数と品目数の合計)	受けているサービスの合計			
							ある	ない				

施設利用時記入	01:居宅 02:老人福祉施設 03:老人保健施設 04:療養型医療施設 05:グループホーム 06:特定施設入居者生活介護適用施設 07:医療機関(療養) 08:医療機関(療養以外) 09:その他 10:介護医療院 11:養護老人ホーム 12:軽費老人ホーム 13:有料老人ホーム 14:サービス付き高齢者住宅	家族状況	0:独居 1:同居(夫婦のみ) 2:同居(その他)
---------	--	------	---------------------------------

☐ 市町村特別給付[] ☐ 予防給付・介護給付以外の在宅サービス[]

施設(病院)連絡先	〒	一
施設(病院)名称	施設(病院)住所	

過去の認定:初回・2回目以降(前回認定 年 月 日) 前回認定結果:非該当・要支援()・要介護() 電話 ()

市への連絡欄 対象者現住所: TEL:

家族等 氏名: 続柄: 住所: TEL:

基本調査

麻痺・可動域制限は「有」の場合は合計欄にチェックした数を記入。「無」の場合は「0」を記入。

第1群 身体機能・起居動作	1. 麻痺等(複数回答可)	☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他	合計		
	2. 拘縮の有無(複数回答可)	☐ 肩 ☐ 股 ☐ 膝 ☐ その他	合計		
	3. 寝返り	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			
	4. 起き上がり	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			
	5. 座位保持	☐ できる ☐ 自分で支えられ可 ☐ 支えが必要 ☐ できない			
	6. 両足での立位	☐ できる ☐ 支えが必要 ☐ できない			
	7. 歩行	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			
	8. 立ち上がり	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			
	9. 片足での立位	☐ できる ☐ 支えが必要 ☐ できない			
	10. 洗身	☐ 介助されていない ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない			
	11. つめ切り	☐ 介助されていない ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	12. 視力	☐ 普通 ☐ 1m先が見える ☐ 目の前が見える ☐ ほとんど見えず ☐ 判断不能			
	13. 聴力	☐ 普通 ☐ やっと聞こえる ☐ 大声が聞こえる ☐ ほとんど聞こえず ☐ 判断不能			
第2群 生活機能	1. 移乗	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	2. 移動	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	3. えん下	☐ できる ☐ 見守り等 ☐ できない			
	4. 食事摂取	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	5. 排尿	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	6. 排便	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	7. 口腔清潔	☐ 介助なし ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	8. 洗顔	☐ 介助なし ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	9. 整髪	☐ 介助なし ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	10. 上衣の着脱	☐ 介助なし ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	11. スポン等の着脱	☐ 介助なし ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	12. 外出頻度	☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満			
第3群 認知機能	1. 意思の伝達	☐ できる ☐ ときどきできる ☐ ほとんど不可 ☐ できない			
	2. 毎日の日課を理解	☐ できる ☐ できない			
	3. 生年月日を言う	☐ できる ☐ できない			
	4. 短期記憶	☐ できる ☐ できない			
	5. 自分の名前を言う	☐ できる ☐ できない			
	6. 今の季節を理解	☐ できる ☐ できない			
	7. 場所の理解	☐ できる ☐ できない			
	8. 徘徊	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	9. 外出して戻れない	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	10. 一人で出たがる	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	11. 収集癖	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	12. 物や衣類を壊す	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
第4群 精神・行動障害	1. 被害的	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	2. 作話	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	3. 感情が不安定	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	4. 昼夜逆転	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	5. 同じ話をする	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	6. 大声を出す	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	7. 介護に抵抗	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	8. 落ち着きなし	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある			
	第5群 生活適応	1. 薬の内服	☐ 介助なし ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
		2. 金銭の管理	☐ 介助なし ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
		3. 日常の意思決定	☐ できる ☐ 特別除 ☐ 困難 ☐ できない		
		4. 集団への不適応	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある		
5. 買い物		☐ 介助なし ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
6. 簡単な調理		☐ 介助なし ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
7. 点滴の管理		☐ ない ☐ ある			
8. 気管切開の処置		☐ ない ☐ ある			
9. 疼痛の看護		☐ ない ☐ ある			
10. 経管栄養		☐ ない ☐ ある			
11. モニター測定		☐ ない ☐ ある			
12. じよくその処置		☐ ない ☐ ある			
6 特別な医療	1. 点 滴 の 管 理	☐ ない ☐ ある			
	2. 中心静脈栄養	☐ ない ☐ ある			
	3. 透 析	☐ ない ☐ ある			
	4. ストーマの処置	☐ ない ☐ ある			
	5. 酸 素 療 法	☐ ない ☐ ある			
	6. レスビレーター	☐ ない ☐ ある			
7 日常生活の自立度	1. 障害高齢者自立度	自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
	2. 認知症高齢者自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

主治医意見書の使用	☐ あり ☐ なし	1. 短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり	3. 伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない
2. 認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない	4. 食事行為	☐ 自立ないし何と自分で食べられる ☐ 全面介助		
5. 認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	機械処理しますので折らないで使用してください。			