

申請年月日 令和 年 月 日

認定調査票(概況調査)

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。

I 調査実施者

市区町村コード	1	2	2	1	6	8	習志野市	実施日	令和			年			月			日
記入者氏名							所属機関							電話				
実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外()																	

II 調査対象者

過去の認定	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降		前回認定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				年			月			日				
被保険者番号							前回認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()										
ふりがな							生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			年			月			日	
対象者氏名							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										
現住所													電話番号					
家族等連絡先	氏名						調査対象者との関係()											
	住所						電話番号											

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。

現在受けているサービス あり(下表に入力) なし

【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】																		
在宅利用	・訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	・(介護予防)福祉用具貸与	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	品								
	・(介護予防)訪問入浴介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	・特定(介護予防)福祉用具販売	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	品								
	・(介護予防)訪問看護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	・住宅改修	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
	・(介護予防)訪問リハビリテーション	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	・夜間対応型訪問介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日								
	・(介護予防)居宅療養管理指導	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	・(介護予防)認知症対応型通所介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日								
	・通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	・(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日								
	・(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	・(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日								
	・(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	・地域密着型特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日								
	・(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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"/>	<input type="text"/>	日								
	・(介護予防)特定施設入居者生活介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回								
・看護小規模多機能型居宅介護	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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"/> 介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 介護医療院											
	<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"/> 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														
※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。																		
施設等名																		
所在地																		
電話 - -																		

認定調査票(基本調査)

市町村コード **1 2 2 1 6 8**

被保険者番号

1-1	麻痺 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	3-1	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない	
		<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> その他 (四肢の欠損)	3-2	毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
1-2	拘縮 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 股関節	3-3	生年月日を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
		<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)		3-4	短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
1-3	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	3-5	自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
1-4	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	3-6	今の季節を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
1-5	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分で支えれば可	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	3-7	場所の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
1-6	両足での立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	3-8	徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
1-7	歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	3-9	外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
1-8	立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	4-1	被害的	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
1-9	片足での立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	4-2	作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
1-10	洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行ってない	4-3	感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
1-11	つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	4-4	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
1-12	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 1m先が見える	<input type="checkbox"/> 目の前が見える	4-5	同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
		<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 判断不能		4-6	大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
1-13	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	4-7	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
		<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 判断不能		4-8	落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
2-1	移乗	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	4-9	一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
2-2	移動	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	4-10	収集癖	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
2-3	えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない	4-11	物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
2-4	食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	4-12	ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
2-5	排尿	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	4-13	独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
2-6	排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	4-14	自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
2-7	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	4-15	話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある		
2-8	洗顔	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	5-1	薬の内服	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
2-9	整髪	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	5-2	金銭の管理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
2-10	上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	5-3	日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合以外できる	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> できない
2-11	ズボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	5-4	集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
2-12	外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満	5-5	買い物	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
					5-6	簡単な調理	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
6	特別な医療 (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.ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 5.酸素療法								
		特別な対応	<input type="checkbox"/> 6.レスピレーター <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	日常生活自立度	障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 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								
		認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								

市区町村コード

1	2	2	1	6	8
---	---	---	---	---	---

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--

市区町村コード

1	2	2	1	6	8
---	---	---	---	---	---

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--

