

3つの黒塗りボックスに穴を開けたり、汚したりしないように注意してください。

この文字を汚さないでください。特に事業所名や調査員名をゴム印で押す場合は注意してください。

認定調査票（概況調査）

(事業所名) _____
(調査員名) _____

0421

I. 調査実施者（記入者）
市区町村コード 2 5 2 0 1 実施日時 _____年 _____月 _____日 _____時
管理市町村コード _____ 調査者番号 _____
実施場所 自宅内 自宅外

調査実施日が申請日より前にならないよう注意してください。

サービスの利用がない場合も「なし」のチェックを忘れないようにしてください。

調査員番号はケアマネ番号ではなく大津市独自のスタッフ番号です。ケアマネ番号を書かないでください。

II. 調査対象者
前回認定結果（生年月日 _____年 _____月 _____日）
対象者氏名 _____ 現住所 _____
性別 男・女
調査回目 _____ 回目
家族等連絡先住所氏名 _____ 対象者との関係（ ）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し、利用頻度を記入してください。

認定調査を行った月のサービス利用回数を記入し、去6月の品目数を記載（介護予防）福祉用具貸与は調査日時時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は去6月の品目数を記載

現在受けているサービスの状況	なし <input type="checkbox"/>	予防給付サービス・総合事業 <input type="checkbox"/>	介護給付サービス <input type="checkbox"/>
・訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	月 _____ 回	・（介護予防）福祉用具貸与	月 _____ 回
・（介護予防）訪問入浴介護	月 _____ 回	・特定（介護予防）福祉用具販売	月 _____ 回
・（介護予防）訪問看護	月 _____ 回	・住宅改修	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
・（介護予防）訪問リハビリテーション	月 _____ 回	・夜間対応型訪問介護	月 _____ 日
・（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
・通所介護（デイサービス）・通所型サービス	月 _____ 回	・小規模多機能型居宅介護	月 _____ 日
・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月 _____ 回	・共同生活介護	月 _____ 日
・（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）	月 _____ 日	・地域密着型サービス	月 _____ 日
・（介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月 _____ 日	・地域密着型介護老人福祉施設（地域ケアプラザ）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 _____ 日
・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 _____

見本につき使用できません

回数、品目数がゼロの場合は記入不要です。右詰めで記入してください。

IV. 調査対象者の家族状況、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。

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 _____ 施設名（ ） _____
〒 _____ 電話 _____

当欄の特記すべき事項は、認定調査票（特記事項）に記載してください。

概況調査は、特記事項様式1枚目に記載してください。

認定調査票(基本調査)

0412

市区町村コード 対象者番号 調査日 年 月 日

1-1 麻痺 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) 左上肢	<input type="checkbox"/> 3) 右上肢	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		
	<input type="checkbox"/> 4) 左下肢 <input type="checkbox"/> 5) 右下肢 <input type="checkbox"/> 6) その他(四肢の欠損)			3-2 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) できない				
1-2 拘縮 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) 肩関節	<input type="checkbox"/> 3) 股関節	3-3 生年月日	調査日を記入してください。					
	<input type="checkbox"/> 4) 膝関節 <input type="checkbox"/> 5) その他(四肢の欠損)			3-4 短期記憶						
1-3 寝返り	<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	3-5 自分の名前をいう	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) できない				
1-4 起き上がり	<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	3-6 今の季節を理解	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) できない				
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) 自分で支えれば可	<input type="checkbox"/> 3) 支えが必要	<input type="checkbox"/> 4) できない	3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) できない			
1-6 両足での立位	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) 支えが必要	<input type="checkbox"/> 3) できない	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			
1-7 歩行	<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	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			
1-8 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	4-1 被害的	<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	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) 支えが必要	<input type="checkbox"/> 3) できない	4-2 作話	<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	<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	<input type="checkbox"/> 4) 行っていない	4-3 感情が不安定	<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	<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	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			
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 1) 普通	<input type="checkbox"/> 2) ほとんど見える	<input type="checkbox"/> 3) 目の前が見える	4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある			
	<input type="checkbox"/> 4) ほとんど見えず			4-6 大声を出す	<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	<input type="checkbox"/> 2) ほとんど聞こえる	<input type="checkbox"/> 3) ほとんど聞こえない	4-7 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある			
	<input type="checkbox"/> 4) ほとんど聞こえず			4-8 着せかけ	<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	<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	4-9 物や場所を壊す	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある		
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	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		
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	4-11 物や場所を壊す	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある			
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	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		
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	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		
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	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		
2-7 口腔清潔	<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	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			
2-8 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	5-1 薬の内服	<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			
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	5-2 金銭の管理	<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			
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	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	
2-11 スボン等の着脱	<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	5-4 集団への不適応	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある		
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	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		
				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		
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 <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								
		特別な対応	<input type="checkbox"/> 10) モニター測定 <input type="checkbox"/> 11) じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> 12) カテーテル							
	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
	認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 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	

見本につき使用できません

認定調査票(特記事項)

0407

市区町村コード

対象者番号

概況調査

概況調査はこちらに記入してください。

特記事項の用紙を追加する場合は、被保険者番号を忘れず記入してください。

特記事項

【例】

(1-1)

(1-2, 3)

(事務局記入欄)

ボールペン記入又はパソコン作成(文字は9ポイント)をお願いします。

※パソコン作成の場合、以下のどちらの方法でも○

- ・別添の専用 word 様式に記載し、原紙に印刷する。
- ・印刷したものを原紙に張り付ける。

※ボールペン記入の場合、罫線に沿って記載してください。

この欄は何も記載しないでください。

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

認定調査票(特記事項)

0407

市区町村コード 2 5 2 0 1

対象者番号

特記事項

(事務局記入欄)

特記事項の用紙を追加する場合は、被保険者番号を忘れず記入してください。

この欄は何も記載しないでください。

見本につき使用できません