

□在宅 □施設

市町村コード
34210

被保険者番号

Grid for insurance number

帳票ID
641

庄原市 介護保険認定調査票

I 調査実施者(記入者)

調査実施日 令和 年 月 日 事業者番号 事業者名
調査実施場所 調査員番号 調査員名

II 調査対象者

[過去の認定: 初回・2回目以降]

前回認定結果: 非該当・要支援()・要介護()

対象者氏名 フリガナ 性別 現住所 〒
生年月日 1明治 2大正 3昭和 年 月 日 歳 家族等連絡先 氏名() 関係()

III 現在受けているサービスの状況

(認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時時点の、福祉用具購入は過去6ヶ月間の品目数を記載)

在宅利用(複数回答可) 介護給付 訪問介護(ホームヘルプ) 訪問入浴介護 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) 短期入所生活介護(特養等) 短期入所療養介護(療養ショート) 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 福祉用具購入 住宅改修
予防給付 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(グループホーム) 特定施設入居者生活介護 介護老人福祉施設入所者生活介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 看護小規模多機能型居宅介護
市町村特別給付[] 介護保険給付以外のサービス[]
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 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(療養) 医療機関(療養以外) その他の施設
あり 施設所在地・施設名(〒) 電話番号 介護医療院

基本調査

1 身体機能・起居動作

1. 麻痺等の有無 ない 左上肢 右上肢 その他(四肢の欠損)
2. 拘縮の有無 ない 肩関節 股関節 その他(四肢の欠損)
3. 寝返り つかまらないでできる つかまればできる できない
4. 起き上がり つかまらないでできる つかまればできる できない
5. 座位保持(10分間程度) できる 自分の手で支えればできる 支えてもらえればできる できない
6. 両足での立位保持(10秒間程度) 支えなしでできる 何か支えがあればできる できない
7. 歩行 つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない
8. 立ち上がり つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない
9. 片足での立位(1秒間程度) 支えなしでできる 何か支えがあればできる 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で見える 目の前で見える ほとんど見えない 判断不能
13. 聴力 普通 やっと聞こえる かなり大声が聞こえる ほとんど聞こえず 判断不能

あてはまる項目をチェック☑してください。裏面も必ず記入してください。

[記入例]

[記入例]

数字は文字見本をもとに枠内に丁寧に記入してください

<<記入のしかた>>

☑ ☒

<<誤ったとき>>

✕

[文字見本]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

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。本人が風邪を引いて高熱を出している等、通常でない場合は再調査を行ってください。

2 生活機能

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
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
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. 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
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
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
7. 口腔清潔	<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
8. 洗顔	<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
9. 整髪	<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
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
11. スホン等の着脱	<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
12. 外出頻度 (概ね過去1か月)	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満

3 認知機能

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
2. 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
3. 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
4. 短期記憶(直前の行為の記憶)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
5. 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
6. 今の季節を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
7. 場所の理解(自分がいる場所)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
8. 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
9. 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	

4 精神・行動障害

1. 物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作り話をするのが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4. 昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5. しつこく同じ話をすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
6. 大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
7. 介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 「家に帰る」と言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 一人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. 色々なものを集めたり、無断でもつてくるのが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 物を壊したり、衣類を破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
12. ひどい物忘れが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
13. 意味もなく独り言や独り笑いをすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
14. 自分勝手に行動することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15. 話がまとまらず、会話にならないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

5 社会生活への適応

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. 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	
3. 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合以外可	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> できない
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	
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
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(過去14日間に受けた医療)

<input type="checkbox"/> 1. 点滴管理	<input type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 3. 透析	<input type="checkbox"/> 4. ストーマ(人工肛門)の処置	<input type="checkbox"/> 5. 酸素療法	<input type="checkbox"/> 6. レスピレータ(人工呼吸器)	医療について(複数回答可)
<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	<input type="checkbox"/> 10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 11. 褥瘡の処置	<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・ウロストマ等)	回答個数 <input type="text"/> <input type="text"/> 個

7 日常生活自立度

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<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
・認知症高齢者の日常生活自立度	<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	