

□在宅 □施設

34210

被保険者番号入力欄

741

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、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、電話番号、生年月日、家族等連絡先

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)、訪問介護、通所介護、短期入所、特定施設、福祉用具、住宅改修、市町村特別給付、介護保険給付以外のサービス

基本調査

※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。

1 身体機能・起居動作

1. 麻痺等の有無、2. 拘縮の有無、3. 寝返り、4. 起き上がり、5. 座位保持、6. 両足での立位保持

7. 歩行、8. 立ち上がり、9. 片足での立位、10. 洗身、11. つめ切り、12. 視力、13. 聴力

家族状況

独居、同居(夫婦のみ)、同居(その他)

あてはまる項目をチェックしてしてください。裏面も必ず記入してください。

記入例、誤ったとき

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

文字見本 0-9

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"/> 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. 作り話をするのが泣いたり、笑ったりして	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3. 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」等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、無断でもってくるのが	<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. レスビレータ(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(コドームカテーテル・留置カテーテル・ウロストーマ等)	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	