

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下さい。本人が風邪をひ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下さい。

保険者番号 271007

被保険者番号

被保険者番号入力欄

大阪市

認定調査票(概況調査)

介護保険認定調査票

I 調査実施者(記入者)

I 調査実施者(記入者) 調査実施日、指定居宅介護支援事業者等番号、所属機関、電話番号、調査実施場所、調査員番号、記入者氏名、同行者氏名、介添者・同席者氏名

II 調査対象者

II 調査対象者 対象者氏名、性別、生年月日、現住所、家族等連絡先

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。

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。在宅利用、施設利用、介護給付、予防給付等

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)、施設等における状況、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。

※家族状況 独居 同居(夫婦のみ) 同居(その他) (家族状況については、上記のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載)

市町村特別給付 介護保険給付外の住宅サービス

認定調査票(基本調査)

あてはまる項目をチェックしてしてください。誤って記入した時はしてしてください。

1 身体機能・起居動作

(複数回答可)には必ず回答個数を記入してください。

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. 片足での立位保持、10. 洗身、11. つめ切り、12. 視力、13. 聴力

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

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"/> 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"/> 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"/> 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
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	

4 精神・行動障がい

1. 物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作話をする	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
6. 大声をだす	<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	<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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 1人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

3 認知機能

1. 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> できない
2. 毎日の日課を理解する	<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 (面接調査の直前に何をしていたか思い出す)	<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. 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
7. 場所の理解 (自分のいる場所を答える)	<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	

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"/> 特別な場合を除いてできる	<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 過去14日間に受けた特別な医療 (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 (人工肛門) の処置	<input type="checkbox"/> 5. 酸素療法
	<input type="checkbox"/> 6. レスピレーター (人工呼吸器)	<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 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 11. じょくそうの処置	<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、ウロストーマ等)		
				回答個数	<input type="text" value=" "/> <input type="text" value=" "/> 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"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

Grid for insurance number

調査日 令和 年 月 日

判断に迷った場合(○印)、適切な介助(※印)、審査会に伝えたい情報(下線等)がある場合は、右記にチェック してください。

〈概 況〉

Large empty box for general situation

大阪市

認定調査票(特記事項)

- 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 ()
 - 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 ()
- 2. 生活機能
 - 1 移乗 2 移動 ()
 - 3 えん下 ()
 - 4 食事摂取 ()
 - 5 排尿 6 排便 ()
 - 7 口腔清潔 ()
 - 8 洗顔 9 整髪 ()
 - 10 上衣の着脱 ()
 - 11 スポン等の着脱 ()
 - 12 外出頻度 ()
- 3. 認知機能
 - 1 意思の伝達 ()
 - 2 毎日の日課を理解 ()
 - 3 生年月日を言う ()
 - 4 短期記憶 ()
 - 5 自分の名前を言う ()
 - 6 今の季節を理解 ()
 - 7 場所の理解 ()
 - 8 徘徊 ()
 - 9 外出して戻れない ()
- 4. 精神・行動障がい
 - 1 被害的 2 作話 ()
 - 3 感情が不安定 ()
 - 4 昼夜逆転 ()
 - 5 同じ話をする ()
 - 6 大声を出す ()
 - 7 介護に抵抗 ()
 - 8 落ち着きなし ()
 - 9 一人で出たがる ()
 - 10 収集癖 ()
 - 11 物や衣類を壊す ()
 - 12 ひどい物忘れ ()
 - 13 独り言・独り笑い ()
 - 14 自分勝手に行動する ()
 - 15 話がまとまらない ()
- 5. 社会生活への適応
 - 1 薬の内服 ()
 - 2 金銭の管理 ()
 - 3 日常の意思決定 ()
 - 4 集団への不適応 ()
 - 5 買い物 ()
 - 6 簡単な調理 ()
- 6. 特別な医療 ()
- 7. 日常生活自立度
 - 1 障害高齢者の日常生活自立度 ()
 - 2 認知症高齢者の日常生活自立度 ()