

調査の際、調査対象者が急病等により一時的に状況が変化している場合等、適切な調査が行えない場合は**再調査**を行ってください。

申請区

種別コード

受給者証番号

申請日

年

月

日

概況調査票

1 調査実施者（記入者）

大 阪 市

実施日	年	月	日				
実施場所	1. 自宅内		・	2. 自宅外		()	
ふりがな				所属機関			調査時間
記入者氏名							
ふりがな				ふりがな			
同行者氏名				介添者・同席者氏名			

2 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -				電話	- -
家族等連絡先	〒 -				電話	- -
	氏名 ()		調査対象者との関係 ()			

3 認定を受けている各種の障がい等級等において該当する項目に記入又は○をつけてください。

障がい種別など	等級など			
1) 身体障がい者等級	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級			
2) 身体障がいの種類	視覚障がい ・ 聴覚障がい ・ 肢体不自由 ・ 内部障がい その他 ()			
3) 療育手帳等級	A	B1	B2	
	重度	中度	軽度	
	認定カード (有 ・ 無)			
4) 精神障がい者保健福祉手帳等級	1級 ・ 2級 ・ 3級			
5) 難病等疾病名				
6) 障がい基礎年金等級	1級 ・ 2級			
7) その他の障がい年金等級	1級 ・ 2級 ・ 3級			
8) 生活保護の受給	有 (他人介護料有り) ・ 有 (他人介護料無し) ・ 無			

調査の際、調査対象者が急病等により一時的に状況が変化している場合等、適切な調査が行えない場合は**再調査**を行ってください。

申請区

種別コード

受給者証番号

申請日

年

月

日

概況調査票

1 調査実施者（記入者）

大 阪 市

実施日	年	月	日				
実施場所	1. 自宅内		2. 自宅外		()		
ふりがな			所属機関		調査時間		
記入者氏名							
ふりがな			ふりがな				
同行者氏名			介添者・同席者氏名				

2 調査対象者

ふりがな					年齢	歳	
対象者氏名			性別	男・女	生年月日	年	月 日
現住所	〒 -				電話	-	-
家族等連絡先	〒 -				電話	-	-
		氏名 ()		調査対象者との関係 ()			

3 認定を受けている各種の障がい等級等において該当する項目に記入又は○をつけてください。

障がい種別など	等級など			
1) 身体障がい者等級	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級			
2) 身体障がいの種類	視覚障がい ・ 聴覚障がい ・ 肢体不自由 ・ 内部障がい その他 ()			
3) 療育手帳等級	A	B1	B2	
	重度	中度	軽度	
認定カード (有 ・ 無)				
4) 精神障がい者保健福祉手帳等級	1級 ・ 2級 ・ 3級			
5) 難病等疾病名				
6) 障がい基礎年金等級	1級 ・ 2級			
7) その他の障がい年金等級	1級 ・ 2級 ・ 3級			
8) 生活保護の受給	有 (他人介護料有り) ・ 有 (他人介護料無し) ・ 無			

概況調査票

1 調査実施者（記入者）

大 阪 市

実施日	年	月	日				
実施場所	1. 自宅内		・	2. 自宅外		()	
ふりがな				所属機関			調査時間
記入者氏名				ふりがな			
ふりがな				介添者・同席者氏名			
同行者氏名							

2 調査対象者

ふりがな				年齢	歳	
対象者氏名				生年月日	年	月 日
性別	男・女			電話	-	-
現住所	〒 -			電話	-	-
家族等連絡先	〒 -			電話	-	-
	氏名 () 調査対象者との関係 ()					

3 認定を受けている各種の障がい等級等において該当する項目に記入又は○をつけてください。

障がい種別など	等級など			
1) 身体障がい者等級	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級			
2) 身体障がいの種類	視覚障がい ・ 聴覚障がい ・ 肢体不自由 ・ 内部障がい その他 ()			
3) 療育手帳等級	A	B1	B2	
	重度	中度	軽度	
	認定カード (有 ・ 無)			
4) 精神障がい者保健福祉手帳等級	1級 ・ 2級 ・ 3級			
5) 難病等疾病名				
6) 障がい基礎年金等級	1級 ・ 2級			
7) その他の障がい年金等級	1級 ・ 2級 ・ 3級			
8) 生活保護の受給	有 (他人介護料有り) ・ 有 (他人介護料無し) ・ 無			

受給者証番号

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

4 現在利用しているサービス等の状況をチェック及び記入してください。

障 が い 福 祉 関 連	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 身体介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 通院等介助 (時間/月)
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 家事援助 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 (回/月)
	<input type="checkbox"/> 同行援護 (時間/月)	※うち外出加算 (時間/月)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所 (日/月)	<input type="checkbox"/> 行動援護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 移動支援 (時間/月)
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (日/月)	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> (グループホーム)	<input type="checkbox"/> 一般(包括)型	<input type="checkbox"/> 日中サービス支援型
		<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	⇒ 介護サービス量 (時間/月)
	名称 (_____)	所在地 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	名称 (_____) 所在地 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練・機能訓練・宿泊型)	<input type="checkbox"/> 療養介護
<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (一般・養成)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型)	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (日/月)	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (回/月)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 指定特定相談支援(計画相談支援)	<input type="checkbox"/> サービス利用支援 <input type="checkbox"/> 継続サービス利用支援(モニタリング)		
<input type="checkbox"/> 地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	
<input type="checkbox"/> その他の施設サービス	名称 (_____)	所在地 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 障がい児施設 (通所・入所)	
	<input type="checkbox"/> その他の施設 (_____)		
<input type="checkbox"/> その他の障がい福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス (回/月)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
介 護 保 険 ・ 医 療	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス [非該当・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)]		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (時間/月 相当)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (回/月)	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/月)	<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/月)	<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/月)
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/月)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/月)	
	<input type="checkbox"/> その他 (_____) (回/月)		
<input type="checkbox"/> 保健医療サービス			
	<input type="checkbox"/> デイケア (回/月)	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/月)	<input type="checkbox"/> 保健福祉センターグループワーク (回/月)

5 今後利用したいサービスの利用意向を記入してください。

現在のサービスを継続して利用したい (支給決定の内容の変更を希望しない)

現在のサービスのうち、次のサービスの支給量を変更したい

①サービス名(_____) 変更内容 (_____) ⇒ _____)

②サービス名(_____) 変更内容 (_____) ⇒ _____)

(現在のサービスに加えて、) 次のサービスを利用したい

①サービス名(_____) 支給量 _____)

②サービス名(_____) 支給量 _____)

現在のサービスの一部のサービスの利用を中止したい

中止するサービス名 _____、 _____)

その他 (_____)

【サービスの追加・変更等を希望する理由】

本日お伺いした今後のサービスの利用意向は、区において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の介護給付・訓練等給付の支給を決定するための資料として使用するため、介護給付・訓練等給付以外のサービスを利用するための手続きは別途必要になります。

また、認定された障がい支援区分や介護者の状況、施設の待機状況などによっては、ご希望通りのサービス利用ができない場合があります。この場合には、区からの依頼に基づき、再度調査員または相談支援事業者の職員が今後のサービス利用についてお伺いし、ご相談させていただくこととなります。

受給者証番号

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

4 現在利用しているサービス等の状況をチェック及び記入してください。

障 が い 福 祉 関 連	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 身体介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 通院等介助 (時間/月)
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 家事援助 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 (回/月)
	<input type="checkbox"/> 同行援護 (時間/月)	※うち外出加算 (時間/月)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所 (日/月)	<input type="checkbox"/> 行動援護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 移動支援 (時間/月)
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (日/月)	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> (グループホーム)	<input type="checkbox"/> 一般(包括)型	<input type="checkbox"/> 日中サービス支援型
		<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	⇒ 介護サービス量 (時間/月)
	名称 (_____)	所在地 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	名称 (_____) 所在地 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練・機能訓練・宿泊型)	<input type="checkbox"/> 療養介護
<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (一般・養成)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型)	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (日/月)	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (回/月)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 指定特定相談支援(計画相談支援)	<input type="checkbox"/> サービス利用支援 <input type="checkbox"/> 継続サービス利用支援(モニタリング)		
<input type="checkbox"/> 地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	
<input type="checkbox"/> その他の施設サービス	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 障がい児施設 (通所・入所)		
<input type="checkbox"/> その他の施設 (_____)			
<input type="checkbox"/> その他の障がい福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス (回/月)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
介 護 保 険 ・ 医 療	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス [非該当・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)]	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (時間/月 相当) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (回/月)	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/月)	<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/月)	<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/月)
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/月)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/月)	
	<input type="checkbox"/> その他 (_____) (回/月)		
	<input type="checkbox"/> 保健医療サービス	<input type="checkbox"/> デイケア (回/月)	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/月)

5 今後利用したいサービスの利用意向を記入してください。

現在のサービスを継続して利用したい (支給決定の内容の変更を希望しない)

現在のサービスのうち、次のサービスの支給量を変更したい

①サービス名(_____) 変更内容 (_____) ⇒ _____

②サービス名(_____) 変更内容 (_____) ⇒ _____

(現在のサービスに加えて、) 次のサービスを利用したい

①サービス名(_____) 支給量 (_____)

②サービス名(_____) 支給量 (_____)

現在のサービスの一部のサービスの利用を中止したい

中止するサービス名 (_____、 _____)

その他 (_____)

【サービスの追加・変更等を希望する理由】

本日お伺いした今後のサービスの利用意向は、区において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の介護給付・訓練等給付の支給を決定するための資料として使用するため、介護給付・訓練等給付以外のサービスを利用するための手続きは別途必要になります。

また、認定された障がい支援区分や介護者の状況、施設の待機状況などによっては、ご希望通りのサービス利用ができない場合があります。この場合には、区からの依頼に基づき、再度調査員または相談支援事業者の職員が今後のサービス利用についてお伺い、ご相談させていただくこととなります。

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

4 現在利用しているサービス等の状況をチェック及び記入してください。

障 が い 福 祉 関 連	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 身体介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 通院等介助 (時間/月)
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 家事援助 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 (回/月)
	<input type="checkbox"/> 同行援護 (時間/月)	※うち外出加算 (時間/月)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所 (日/月)	<input type="checkbox"/> 行動援護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 移動支援 (時間/月)
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (日/月)	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> (グループホーム)	<input type="checkbox"/> 一般(包括)型	<input type="checkbox"/> 日中サービス支援型
		<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	⇒ 介護サービス量 (時間/月)
	名称 (_____)	所在地 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	名称 (_____) 所在地 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練・機能訓練・宿泊型)	<input type="checkbox"/> 療養介護
<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (一般・養成)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型)	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (日/月)	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (回/月)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 指定特定相談支援(計画相談支援)	<input type="checkbox"/> サービス利用支援 <input type="checkbox"/> 継続サービス利用支援(モニタリング)		
<input type="checkbox"/> 地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	
<input type="checkbox"/> その他の施設サービス	名称 (_____)	所在地 (_____)	
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 障がい児施設 (通所・入所)		
<input type="checkbox"/> その他の施設 (_____)			
<input type="checkbox"/> その他の障がい福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス (回/月)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
介 護 保 険 ・ 医 療	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス [非該当・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)]		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (時間/月 相当)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (回/月)	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/月)	<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/月)	<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/月)
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/月)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/月)	
	<input type="checkbox"/> その他 (_____) (回/月)		
<input type="checkbox"/> 保健医療サービス	<input type="checkbox"/> デイケア (回/月)		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/月)	<input type="checkbox"/> 保健福祉センターグループワーク (回/月)	

5 今後利用したいサービスの利用意向を記入してください。

現在のサービスを継続して利用したい (支給決定の内容の変更を希望しない)

現在のサービスのうち、次のサービスの支給量を変更したい

①サービス名(_____) 変更内容 (_____) ⇒ _____)

②サービス名(_____) 変更内容 (_____) ⇒ _____)

(現在のサービスに加えて、) 次のサービスを利用したい

①サービス名(_____) 支給量 (_____)

②サービス名(_____) 支給量 (_____)

現在のサービスの一部のサービスの利用を中止したい

中止するサービス名 (_____、 _____)

その他 (_____)

【サービスの追加・変更等を希望する理由】

本日お伺いした今後のサービスの利用意向は、区において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の介護給付・訓練等給付の支給を決定するための資料として使用するため、介護給付・訓練等給付以外のサービスを利用するための手続きは別途必要になります。

また、認定された障がい支援区分や介護者の状況、施設の待機状況などによっては、ご希望通りのサービス利用ができない場合があります。この場合には、区からの依頼に基づき、再度調査員または相談支援事業者の職員が今後のサービス利用についてお伺いし、ご相談させていただくこととなります。

受給者証番号

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

6 地域生活関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 外出の頻度(過去1ヶ月間の回数) [回数程度] (うち、通院にかかる外出 回)
・ 通院以外の外出の内容、頻度 ()
・ 過去2年間の入所歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり ⇒ 入所期間: 年 月 ~ 年 月 入所した施設の種類 ()
年 月 ~ 年 月 入所した施設の種類 ()
・ 過去2年間の入院歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり ⇒ 入院期間: 年 月 ~ 年 月 入院の原因となった病名 ()
年 月 ~ 年 月 入院の原因となった病名 ()
・ その他

7 就労関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 就労状況: <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> その他 ()
現在、一般就労(パート・アルバイトを含む)している場合 ⇒ 就職日: 年 月 日
[就労先(所在地):]
・ 過去の就労経験 : 一般就労やパート・アルバイトの経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
最近1年間の就労の経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
中断の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・ 就労希望の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
具体的に

8 日中活動関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 主として活動している場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()

9 介護者(支援者)関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 介護者の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [主たる介護者の氏名: 続柄:]
・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
・ 家族状況等について特記すべきこと

10 住居関連について、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。

・ 生活の場所 <input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input type="checkbox"/> 自宅(家族等同居) <input type="checkbox"/> グループホーム
<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 居住環境(生活の中で困っている箇所など)

11 その他、支給決定にあたり勘案すべき事項を記入してください。(サービスの種類や量に関することなど)

--

調査日 0 年 0 月 0 日

受給者証番号

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

認定調査票

大阪市

1. 移動や動作等に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

1-1 寝返り

1-1

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-2 起き上がり

1-2

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-3 座位保持

1-3

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-4 移乗

1-4

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-5 立ち上がり

1-5

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-6 両足での立位保持

1-6

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-7 片足での立位保持

1-7

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-8 歩行

1-8

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-9 移動

1-9

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-10 衣服の着脱

1-10

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要

--

1-11 じょくそう

1-11

1. ない 2. ある

--

1-12 えん下

1-12

1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 全面的な支援が必要

--

受給者証番号

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

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（該当する番号を右の太枠内に記載してください）

2-1 食事

2-1

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-2 口腔清潔

2-2

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-3 入浴

2-3

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-4 排尿

2-4

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-5 排便

2-5

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-6 健康・栄養管理

2-6

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-7 薬の管理

2-7

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-8 金銭の管理

2-8

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-9 電話等の利用

2-9

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-10 日常の意思決定

2-10

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-11 危険の認識

2-11

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-12 調理

2-12

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-13 掃除

2-13

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-14 洗濯

2-14

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-15 買い物

2-15

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

2-16 交通手段の利用

2-16

- | | | | |
|----------|--------------|--------------|--|
| 1. 支援が不要 | 2. 部分的な支援が必要 | 3. 全面的な支援が必要 | |
|----------|--------------|--------------|--|

受給者証番号

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

3. 意思疎通等に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

3-1 視力

3-1

1. 日常生活に支障がない	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える	
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える	4. ほとんど見えていない	
5. 全く見えない	6. 見えているのか判断不能	

3-2 聴力

3-2

1. 日常生活に支障がない	2. 普通の声がやっと聞き取れる	
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる	4. ほとんど聞こえない	
5. 全く聞こえない	6. 聞こえているのか判断不能	

3-3 コミュニケーション

3-3

1. 日常生活に支障がない	2. 特定の者であればコミュニケーションできる	
3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる	
5. コミュニケーションできない		

3-4 説明の理解

3-4

1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない	
----------	-----------	-------------------	--

3-5 読み書き

3-5

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

3-6 感覚過敏・感覚鈍麻

3-6

1. ない	2. ある	
-------	-------	--

4. 行動障がいに関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

4-1 被害的・拒否的

4-1

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-2 作話

4-2

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-3 感情が不安定

4-3

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-4 昼夜逆転

4-4

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-5 暴言暴行

4-5

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

受給者証番号

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

4-19 多動・行動停止

4-19

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-20 不安定な行動

4-20

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-21 自らを傷つける行為

4-21

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-22 他人を傷つける行為

4-22

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-23 不適切な行為

4-23

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-24 突発的な行動

4-24

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-25 過食・反すう等

4-25

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-26 そううつ状態

4-26

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-27 反復的行動

4-27

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-28 対人面の不安緊張

4-28

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-29 意欲が乏しい

4-29

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-30 話がまとまらない

4-30

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

4-31 集中力が続かない

4-31

- | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 支援が不要 | 2. まれに支援が必要 | 3. 月に1回以上の支援が必要 |
| 4. 週に1回以上の支援が必要 | 5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要 | |

調査日 0年 0月 0日

受給者証番号

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

認定調査票

大阪市

1. 移動や動作等に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

1-1 寝返り	1-1
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-2 起き上がり	1-2
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-3 座位保持	1-3
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-4 移乗	1-4
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-5 立ち上がり	1-5
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-6 両足での立位保持	1-6
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-7 片足での立位保持	1-7
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-8 歩行	1-8
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-9 移動	1-9
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-10 衣服の着脱	1-10
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 部分的な支援が必要 4. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>
1-11 じょくそう	1-11
1. ない 2. ある	<input type="text"/>
1-12 えん下	1-12
1. 支援が不要 2. 見守り等の支援が必要 3. 全面的な支援が必要	<input type="text"/>

受給者証番号

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

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

2-1 食事

2-1

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-2 口腔清潔

2-2

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-3 入浴

2-3

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-4 排尿

2-4

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-5 排便

2-5

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-6 健康・栄養管理

2-6

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-7 薬の管理

2-7

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-8 金銭の管理

2-8

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-9 電話等の利用

2-9

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-10 日常の意思決定

2-10

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-11 危険の認識

2-11

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-12 調理

2-12

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-13 掃除

2-13

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-14 洗濯

2-14

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-15 買い物

2-15

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

2-16 交通手段の利用

2-16

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

(令和3年6月作成)

(調査機関用)

受給者証番号

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

3. 意思疎通等に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

3-1 視力

3-1

1. 日常生活に支障がない	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える	
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える	4. ほとんど見えていない	
5. 全く見えない	6. 見えているのか判断不能	

3-2 聴力

3-2

1. 日常生活に支障がない	2. 普通の声がやっと聞き取れる	
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる	4. ほとんど聞こえない	
5. 全く聞こえない	6. 聞こえているのか判断不能	

3-3 コミュニケーション

3-3

1. 日常生活に支障がない	2. 特定の者であればコミュニケーションできる	
3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる	
5. コミュニケーションできない		

3-4 説明の理解

3-4

1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない	
----------	-----------	-------------------	--

3-5 読み書き

3-5

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

3-6 感覚過敏・感覚鈍麻

3-6

1. ない	2. ある	
-------	-------	--

4. 行動障がいに関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

4-1 被害的・拒否的

4-1

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-2 作話

4-2

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-3 感情が不安定

4-3

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-4 昼夜逆転

4-4

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-5 暴言暴行

4-5

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

受給者証番号

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

4-19 多動・行動停止

4-19

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-20 不安定な行動

4-20

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-21 自らを傷つける行為

4-21

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-22 他人を傷つける行為

4-22

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-23 不適切な行為

4-23

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-24 突発的な行動

4-24

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-25 過食・反すう等

4-25

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-26 そううつ状態

4-26

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-27 反復的行動

4-27

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-28 対人面の不安緊張

4-28

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-29 意欲が乏しい

4-29

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-30 話がまとまらない

4-30

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-31 集中力が続かない

4-31

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

受給者証番号

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

4-32 自己の過大評価

4-32

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	□
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-33 集団への不適応

4-33

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	□
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-34 多飲水・過飲水

4-34

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	□
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

5. 特別な医療に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

5-1 点滴の管理

5-1

1. ない	2. ある	□

5-2 中心静脈栄養

5-2

1. ない	2. ある	□

5-3 透析

5-3

1. ない	2. ある	□

5-4 ストーマの処置(人工肛門の処置)

5-4

1. ない	2. ある	□

5-5 酸素療法

5-5

1. ない	2. ある	□

5-6 レスピレーター(人工呼吸器)

5-6

1. ない	2. ある	□

5-7 気管切開の処置

5-7

1. ない	2. ある	□

5-8 疼痛の看護

5-8

1. ない	2. ある	□

5-9 経管栄養

5-9

1. ない	2. ある	□

5-10 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)

5-10

1. ない	2. ある	□

5-11 じょくそうの処置

5-11

1. ない	2. ある	□

5-12 カテーテル

5-12

1. ない	2. ある	□

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

認定調査票

大阪市

1. 移動や動作等に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

1-1 寝返り 1-1

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-2 起き上がり 1-2

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-3 座位保持 1-3

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-4 移乗 1-4

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-5 立ち上がり 1-5

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-6 両足での立位保持 1-6

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-7 片足での立位保持 1-7

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-8 歩行 1-8

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-9 移動 1-9

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-10 衣服の着脱 1-10

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要	
----------	---------------	--------------	--------------	--

1-11 じょくそう 1-11

1. ない	2. ある			
-------	-------	--	--	--

1-12 えん下 1-12

1. 支援が不要	2. 見守り等の支援が必要	3. 全面的な支援が必要			
----------	---------------	--------------	--	--	--

受給者証番号

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

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（該当する番号を右の太枠内に記載してください）

2-1 食事			2-1
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-2 口腔清潔			2-2
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-3 入浴			2-3
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-4 排尿			2-4
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-5 排便			2-5
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-6 健康・栄養管理			2-6
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-7 薬の管理			2-7
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-8 金銭の管理			2-8
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-9 電話等の利用			2-9
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-10 日常の意思決定			2-10
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-11 危険の認識			2-11
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-12 調理			2-12
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-13 掃除			2-13
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-14 洗濯			2-14
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-15 買い物			2-15
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
2-16 交通手段の利用			2-16
1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	

受給者証番号

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

3. 意思疎通等に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

3-1 視力

3-1

1. 日常生活に支障がない	2. 約1m離れた視力確認表の図が見える	
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える	4. ほとんど見えていない	
5. 全く見えない	6. 見えているのか判断不能	

3-2 聴力

3-2

1. 日常生活に支障がない	2. 普通の声がやっと聞き取れる	
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる	4. ほとんど聞こえない	
5. 全く聞こえない	6. 聞こえているのか判断不能	

3-3 コミュニケーション

3-3

1. 日常生活に支障がない	2. 特定の者であればコミュニケーションできる	
3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる	
5. コミュニケーションできない		

3-4 説明の理解

3-4

1. 理解できる	2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない	
----------	-----------	-------------------	--

3-5 読み書き

3-5

1. 支援が不要	2. 部分的な支援が必要	3. 全面的な支援が必要	
----------	--------------	--------------	--

3-6 感覚過敏・感覚鈍麻

3-6

1. ない	2. ある	
-------	-------	--

4. 行動障がいに関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

4-1 被害的・拒否的

4-1

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-2 作話

4-2

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-3 感情が不安定

4-3

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-4 昼夜逆転

4-4

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-5 暴言暴行

4-5

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

受給者証番号

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

4-19 多動・行動停止

4-19

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-20 不安定な行動

4-20

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-21 自らを傷つける行為

4-21

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-22 他人を傷つける行為

4-22

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-23 不適切な行為

4-23

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-24 突発的な行動

4-24

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-25 過食・反すう等

4-25

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-26 そううつ状態

4-26

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-27 反復的行動

4-27

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-28 対人面の不安緊張

4-28

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-29 意欲が乏しい

4-29

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-30 話がまとまらない

4-30

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-31 集中力が続かない

4-31

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

受給者証番号

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

4-32 自己の過大評価

4-32

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-33 集団への不適応

4-33

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

4-34 多飲水・過飲水

4-34

1. 支援が不要	2. まれに支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	
4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要		

5. 特別な医療に関連する項目 (該当する番号を右の太枠内に記載してください)

5-1 点滴の管理

5-1

1. ない	2. ある	

5-2 中心静脈栄養

5-2

1. ない	2. ある	

5-3 透析

5-3

1. ない	2. ある	

5-4 ストーマの処置(人工肛門の処置)

5-4

1. ない	2. ある	

5-5 酸素療法

5-5

1. ない	2. ある	

5-6 レスピレーター(人工呼吸器)

5-6

1. ない	2. ある	

5-7 気管切開の処置

5-7

1. ない	2. ある	

5-8 疼痛の看護

5-8

1. ない	2. ある	

5-9 経管栄養

5-9

1. ない	2. ある	

5-10 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)

5-10

1. ない	2. ある	

5-11 じょくそうの処置

5-11

1. ない	2. ある	

5-12 カテーテル

5-12

1. ない	2. ある	

調査日 年 月 日

受給者証番号

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

特記事項

1. 移動や動作等に関連する項目についての特記事項

- | | | | | |
|--------------|------------|--------------|----------|-----------|
| 1-1 寝返り | 1-2 起き上がり | 1-3 座位保持 | 1-4 移乗 | 1-5 立ち上がり |
| 1-6 両足での立位保持 | | 1-7 片足での立位保持 | | 1-8 歩行 |
| 1-9 移動 | 1-10 衣服の着脱 | 1-11 じょくそう | 1-12 えん下 | |

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目についての特記事項

- | | | | | |
|--------------|----------|--------------|-----------|------------|
| 2-1 食事 | 2-2 口腔清潔 | 2-3 入浴 | 2-4 排尿 | 2-5 排便 |
| 2-6 健康・栄養管理 | | 2-7 薬の管理 | 2-8 金銭の管理 | 2-9 電話等の利用 |
| 2-10 日常の意思決定 | | 2-11 危険の認識 | 2-12 調理 | 2-13 掃除 |
| 2-14 洗濯 | 2-15 買い物 | 2-16 交通手段の利用 | | |

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

受給者証番号

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

()
()
()
()
()
()
()
()
()
()

5. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置
5-5 酸素療法	5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護
5-9 経管栄養	5-10 モニター測定	5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル

()
()
()
()
()
()
()
()

6. その他、認定調査時に確認できた特記事項

認定調査時において、認定調査の各項目に該当しない内容等について、支援の度合等を勘案する上で必要な内容について、必要に応じて記載してください。

〔 ※ 麻痺・関節の可動域等に関する状況により、生活上支障をきたし、支援の度合いを勘案する上で必要な情報等についても記載してください。 〕

※ 本規定様式に収まらない場合は、適宜用紙を追加してください。

調査日 年 月 日

受給者証番号

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

特記事項

1. 移動や動作等に関連する項目についての特記事項

- | | | | | |
|--------------|------------|--------------|----------|-----------|
| 1-1 寝返り | 1-2 起き上がり | 1-3 座位保持 | 1-4 移乗 | 1-5 立ち上がり |
| 1-6 両足での立位保持 | | 1-7 片足での立位保持 | | 1-8 歩行 |
| 1-9 移動 | 1-10 衣服の着脱 | 1-11 じょくそう | 1-12 えん下 | |

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目についての特記事項

- | | | | | |
|--------------|----------|--------------|-----------|------------|
| 2-1 食事 | 2-2 口腔清潔 | 2-3 入浴 | 2-4 排尿 | 2-5 排便 |
| 2-6 健康・栄養管理 | | 2-7 薬の管理 | 2-8 金銭の管理 | 2-9 電話等の利用 |
| 2-10 日常の意思決定 | | 2-11 危険の認識 | 2-12 調理 | 2-13 掃除 |
| 2-14 洗濯 | 2-15 買い物 | 2-16 交通手段の利用 | | |

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

受給者証番号

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

3. 意思疎通等に関する項目についての特記事項

- | | | |
|-----------|----------|---------------|
| 3-1 視力 | 3-2 聴力 | 3-3 コミュニケーション |
| 3-4 説明の理解 | 3-5 読み書き | 3-6 感覚過敏・感覚鈍麻 |

()

()

()

()

()

()

4. 行動障がいに関する項目についての特記事項

- | | | | | |
|--------------|----------------|------------|----------------|-----------|
| 4-1 被害的・拒否的 | 4-2 作話 | 4-3 感情が不安定 | 4-4 昼夜逆転 | 4-5 暴言暴行 |
| 4-6 同じ話をする | 4-7 大声・奇声を出す | | 4-8 支援の拒否 | 4-9 徘徊 |
| 4-10 落ち着きがない | 4-11 外出して戻れない | | 4-12 1人で出たがる | |
| 4-13 収集癖 | 4-14 物や衣類を壊す | | 4-15 不潔行為 | 4-16 異食行動 |
| 4-17 ひどい物忘れ | 4-18 こだわり | | 4-19 多動・行動停止 | |
| 4-20 不安定な行動 | 4-21 自らを傷つける行為 | | 4-22 他人を傷つける行為 | |
| 4-23 不適切な行為 | 4-24 突発的な行動 | | 4-25 過食・反すう等 | |
| 4-26 そううつ状態 | 4-27 反復的行動 | | 4-28 対人面の不安緊張 | |
| 4-29 意欲が乏しい | 4-30 話がまとまらない | | 4-31 集中力が続かない | |
| 4-32 自己の過大評価 | 4-33 集団への不適応 | | 4-34 多飲水・過飲水 | |

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

受給者証番号

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

()

()

()

()

()

()

()

()

5. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

5-1 点滴の管理

5-2 中心静脈栄養

5-3 透析

5-4 ストーマの処置

5-5 酸素療法

5-6 レスピレーター

5-7 気管切開の処置

5-8 疼痛の看護

5-9 経管栄養

5-10 モニター測定

5-11 じょくそうの処置

5-12 カテーテル

()

()

()

()

()

()

()

6. その他、認定調査時に確認できた特記事項

認定調査時において、認定調査の各項目に該当しない内容等について、支援の度合等を勘案する上で必要な内容について、必要に応じて記載してください。

※ 麻痺・関節の可動域等に関する状況により、生活上支障をきたし、支援の度合いを勘案する上で必要な情報等についても記載してください。

※ 本規定様式に収まらない場合は、適宜用紙を追加してください。