

介護認定調査票 1 (OCR用)

【記入例】
枠内に
チェック



70

保険者番号

282046

被保険者番号

000

概況調査

調査対象者

氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	生年月日	年	月	日	() 才
----	---	----	--	------	---	---	---	-------

調査実施者

実施日 令和	5	年	月	日	所属TEL
調査員番号	0000	氏名	所属機関		

現在受けているサービス

<input type="checkbox"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> 予防給付 総合事業	<input type="checkbox"/> なし	家族状況	<input type="checkbox"/> 0: 独居 1: 同居(夫婦のみ) 2: 同居(その他)
-------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	------	---

現在状況 01: 居宅、02: 老人福祉施設、03: 老人保健施設、04: 療養型医療施設、05: 認知症対応型共同生活介護、06: 特定施設入居者生活介護、07: 医療機関(療養)、08: 医療機関(療養以外)、09: その他の施設等、10: 介護医療院、11: 養護老人ホーム、12: 軽費老人ホーム、13: 有料老人ホーム、14: サービス付高齢者向け住宅

※施設の場合は、調査先を必ず記入

居宅の場合 該当するものに記入 (複数回答可) 「夜間訪問介護」・ 「地域介護福祉入所」・ 「地域特定施設入居」・ 「定期巡回随時対応」・ 「看護小規模」は介護 給付のみの項目です。 受けている 居宅介護の内容 (厚労省に準拠する)	訪問介護	<input type="checkbox"/> 回	訪問入浴	<input type="checkbox"/> 回	訪問看護	<input type="checkbox"/> 回	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 回
	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 回	通所介護	<input type="checkbox"/> 回	通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 回	短期生活介護	<input type="checkbox"/> 日
	短期療養介護	<input type="checkbox"/> 日	特定施設生活介護	<input type="checkbox"/> 日	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 品	福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 品
	夜間訪問介護	<input type="checkbox"/> 日	認知症通所介護	<input type="checkbox"/> 日	小規模居宅介護	<input type="checkbox"/> 日	認知症共同生活	<input type="checkbox"/> 日
	地域介護福祉入所	<input type="checkbox"/> 日	地域特定施設入居	<input type="checkbox"/> 日	住宅改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受けているサービスの合計	<input type="checkbox"/>
	定期巡回随時対応	<input type="checkbox"/> 回	看護小規模	<input type="checkbox"/> 日	※住宅改修はサービスの合計に含まれません			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 ()	<input type="checkbox"/> 予防給付・介護給付以外の在宅サービス ()							

※調査実施場所が、居住地以外の場合(施設・病院・家族宅等)は、下記の該当する欄に記入してください。

施設名・病院名	住所	電話番号
		() -
居住地が住民票と異なる場合	住所	
家族宅・その他[]		

基本調査

麻痺・拘縮は「有」の場合は合計欄にチェックした数を記入。「無」の場合は「0」を記入。

第1群 身体機能・起居動作													
1-1 麻痺等 (複数回答可)	回答合計	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	左上肢	<input type="checkbox"/>	右上肢	<input type="checkbox"/>	左下肢	<input type="checkbox"/>	右下肢	<input type="checkbox"/>	その他
1-2 拘縮 (複数回答可)	回答合計	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	肩関節	<input type="checkbox"/>	股関節	<input type="checkbox"/>	膝関節	<input type="checkbox"/>	その他		
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分で支えれば可	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない					
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-6 両足立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない						

記入はボールペンで行なってください。

介護認定調査票 2 (OCR用)

【記入例】
枠内に
チェック

711

保険者番号

282046

被保険者番号

000

基本調査

第1群 身体機能・起居動作

1-7 歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
1-9 片足での立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない					
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 1m先が見える	<input type="checkbox"/> 目の前が見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えず	<input type="checkbox"/> 判断不能			
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえず	<input type="checkbox"/> 判断不能			

第2群 生活機能

2-1 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	2-7 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	
2-2 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	2-8 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	
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない		2-9 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	
2-4 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	2-10 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
2-5 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	2-11 ズボン等着脱	<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
2-6 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	2-12 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	

第3群 認知機能

3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどきできる	<input type="checkbox"/> ほとんど不可	<input type="checkbox"/> できない	3-6 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3-2 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない						

第4群 精神・行動障害

4-1 被害的	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-7 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-8 落ち着きなし	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-3 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-9 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-10 収集癖	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある

記入はボールペンで行なってください。

介護認定調査票3 (OCR用)

【記入例】
枠内に
チェック

72

保険者番号

282046

被保険者番号

000

基本調査

第4群 精神・行動障害

- 4-13 独り言・独り笑い ない 時々ある ある
- 4-14 自分勝手に行動する ない 時々ある ある
- 4-15 話がまとまらない ない 時々ある ある

第5群 社会生活への適応

- 5-1 薬の内服 介助されていない 一部介助 全介助
- 5-2 金銭の管理 介助されていない 一部介助 全介助
- 5-3 日常の意思決定 できる 特別除 困難 できない
- 5-4 集団への不適応 ない 時々ある ある
- 5-5 買い物 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
- 5-6 簡単な調理 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

過去14日間にうけた特別な医療について (あてはまる番号すべてにチェック)

1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析
4. ストーマ (人工肛門) の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター (人工呼吸器)
7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養
10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度) 11. じょくそうの処置
12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)
- 回答合計

日常生活の自立度について

1. 障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
2. 認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M