**被保険者番号**

**調査日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 0 | 1 | 1 | 3 |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

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、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

**認定調査票（概況調査）**

Ⅰ　調査実施者（記入者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日時 | 年　 月　 日 | 実施場所 | 自宅内 ・ 自宅外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ふ り が な |  | | 所 属 機 関 |  |
| 記入者氏名 |  | |

Ⅱ　調査対象者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 過去の認定 | 初回・２回め以降  （前回認定　　年　月　日） | 前回認定結果 | | 非該当・要支援（　）・要介護（　） | |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　 年　 月　 日（　　歳） |
| 対象者氏名 |  |
| 現住所 | 〒　　　-  函館市　　　　　町　　丁目　　　番　　　号 | | | 電　話 | －　　　　－ |
| 家族等  連絡先 | 氏名（　　　　　　　　）調査対象者との関係（　　　） | | | 電　話 | －　　　　－ |

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〔**認定調査を行った月**のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具  販売は過去６月の品目数を記載〕 | |
| □訪問診療等　　　月　　回（　　分） | □日帰り介護　　月　　回（　　分） | □その他 |
| □訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ）・訪問型サービス　　　　 月　　　回 | □(介護予防)福祉用具貸与　　 　　　　　　　　　　　　品目 |
| □(介護予防)訪問入浴介護 　　　　　　 　 　月　　　回 | □特定(介護予防)福祉用具販売　 　　　　　　　　　　　品目 |
| □(介護予防)訪問看護　　　　　 　　　　 　 　 月　　　回 | □住宅改修　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あり・なし |
| □(介護予防)訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ 　　　　　 　　 月　　　回 | □夜間対応型訪問介護　　　　　　　　 　　　　　　月　　日 |
| □(介護予防)居宅療養管理指導　 　　 月　　　回 | □(介護予防)認知症対応型通所介護　　　 　　　　　月　　日 |
| □通所介護(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）・通所型サービス 月　　　回 | □(介護予防)小規模多機能型居宅介護 　　　　　　　月　　日 |
| □(介護予防)通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ(ﾃﾞｲｹｱ） 　　　　　 月　　　回 | □(介護予防)認知症対応型共同生活介護 　　　　　　月　　日 |
| □(介護予防)短期入所生活介護(ｼｮｰﾄｽﾃｲ)　　　 　月　　　日 | □地域密着型特定施設入居者生活介護　 　　　　　　月　　日 |
| □(介護予防)短期入所療養介護(療養ｼｮｰﾄ)　　　 月　　　日 | □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　　　 月　　日 |
| □(介護予防)特定施設入居者生活介護　 　　　　 月　　　日 | □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　　　　　　 月　　回 |
| □看護小規模多機能型居宅介護　　　　　　　　 月　　　日 |  |
| □市町村特別給付　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ］ | |
| □介護保険給付外の在宅サービス［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | |

|  |
| --- |
| 施 設 等 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　□介護医療院　□特定施設入居者生活介護適用施設  □認知症対応型共同生活介護適用施設(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ)　 □医療機関(医療保険適用療養病床)　 □医療機関(療養病床以外)  □養護老人ホーム※１　□軽費老人ホーム※１　□有料老人ホーム※１，２　□サービス付き高齢者向け住宅※１　□その他の施設等 |
| 施 設 等 連 絡 先 |
| 施設等名 |
| 郵便番号　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　　－ |
| 住所　　　　　　　　町　　丁目　　　　　番　　　　　号 |

※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。

（家族状況については、左のいずれかにチェック

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・機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）  するとともに特記すべき事項を記載） |

**被保険者番号**

**調査日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 0 | 1 | 1 | 3 |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

**認定調査票（基本調査）**

**1-1　麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください｡（複数回答可）**

|  |
| --- |
| 1.ない　　　2.左上肢　　 　3.右上肢　　　　4.左下肢　　　　5.右下肢　　　　6.その他（四肢の欠損） |

**1-2　拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可）**

|  |
| --- |
| 1.ない　　 　 2.肩関節　　 　3.股関節　　　 4.膝関節　　 　5.その他（四肢の欠損） |

**1-3　寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.つかまらないでできる 2.何かにつかまればできる 3.できない |

**1-4　起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.つかまらないでできる 2.何かにつかまればできる 3.できない |

**1-5　座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる　　　2.自分の手で支えればできる　　　3.支えてもらえればできる　　　4.できない |

**1-6　両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.支えなしでできる 2.何か支えがあればできる 3.できない |

**1-7　歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.つかまらないでできる 2.何かにつかまればできる 3.できない |

**1-8　立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.つかまらないでできる 2.何かにつかまればできる 3.できない |

**1-9　片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.支えなしでできる 2.何か支えがあればできる 3.できない |

**1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし）　　　　　　2.一部介助　　　　　　　3.全介助　　　　　　　4.行っていない |

**1-11　つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.一部介助 3.全介助 |

**被保険者番号**

**調査日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 0 | 1 | 1 | 3 |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

**1-12　視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.普通（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.ほとんど見えない  5.見えているのか判断不能 |

**1-13　聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.普通  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.ほとんど聞えない  5.聞えているのか判断不能 |

**2-1　 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**2-2　 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**2-3　 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる　　　　　　　　　　　　　　　2.見守り等　　　　 3.できない |

**2-4　 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**2-5　 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**2-6　 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**2-7　 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.一部介助　　　　　　　 3.全介助 |

**2-8　 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.一部介助　　　　　　　 3.全介助 |

**2-9　 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.一部介助　　　　　　　 3.全介助 |

**被保険者番号**

**調査日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 0 | 1 | 1 | 3 |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

**2-10　上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**2-11　ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**2-12　外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.週1回以上 2.月1回以上　　　　　　　　　　　　 3.月1回未満 |

**3-1　意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.調査対象者が意思を他者に伝達できる  2.ときどき伝達できる  3.ほとんど伝達できない  4.できない |

**3-2　毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる 2.できない |

**3-3　生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる 2.できない |

**3-4　短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる 2.できない |

**3-5　自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる 2.できない |

**3-6　今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる 2.できない |

**3-7　場所の理解（自分がいる場所を答える）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる 2.できない |

**3-8　徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**3-9　外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**被保険者番号**

**調査日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 0 | 1 | 1 | 3 |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

**4-1　物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-2　作話をすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-3　泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-4　昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-5　しつこく同じ話をすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-6　大声をだすことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-7　介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-8　「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-9　一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-10　いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-11　物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-12　ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-13　意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**被保険者番号**

**調査日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 0 | 1 | 1 | 3 |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |

**4-14　自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**4-15　話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**5-1　 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.一部介助　　　　　　　 3.全介助 |

**5-2　 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.自立（介助なし） 2.一部介助　　　　　　　 3.全介助 |

**5-3　 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる（特別な場合でもできる）2.特別な場合を除いてできる　3.日常的に困難　4.できない |

**5-4　 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.ない 2.ときどきある　　　　　　　　　　　 3.ある |

**5-5　買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**5-6　簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|  |
| --- |
| 1.できる（介助なし） 2.見守り等　　　　　　　3.一部介助 4.全介助 |

**６　過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください｡**

**（複数回答可）**

|  |
| --- |
| 処置内容　　　　　　　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  　特別な対応　　　　　　10.モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)　　　　　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、ウロストーマ等) |

**７　日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○をつけて下さい｡**

|  |  |
| --- | --- |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ |