

調査日

被保険者番号

0

1

1

3

0

0

0

認定調査票（概況調査）

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。

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
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〕			
☐ 訪問介護(ホームヘルプ)・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)訪問リハビリテーション	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(デイサービス)・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)通所リハビリテーション(デイケア)	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(グループホーム) ☐ 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。

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）（家族状況については、左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）

調査日

被保険者番号

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

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

調査日

被保険者番号

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

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1 m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 |
|-------------|---------|--------|

調査日

被保険者番号

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

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

調査日

被保険者番号

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

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 作話をする事について、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事について、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、無断でもってくる事について、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

調査日

被保険者番号

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

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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M