

保険者番号
0 1 2 0 8 8

被保険者番号
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			
記入者氏名		所属機関	電話(- -)

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回目以降・事業対象者 (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			
対象者氏名		性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年月日 (歳)
現住所	〒 - 北見市	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)		
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)・訪問型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護	月 日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付[]			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス[]			

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	施設名 _____
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	郵便番号 _____
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)	施設住所 _____
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	
<input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床)	
<input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)	
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム ※1	電話 _____
<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ※1※2	
<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 ※1	
<input type="checkbox"/> その他の施設	

※1 特定施設入所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 調査対象者の主訴、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)、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。

--

認定調査票(特記事項)

保険者番号					
0	1	2	0	8	8

被保険者番号					
0	0	0			

調査日 年 月 日

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1麻痺等の有無 1-2拘縮の有無 1-3寝返り 1-4起き上がり 1-5座位保持 1-6両足での立位 1-7歩行
1-8立ち上がり 1-9片足での立位 1-10洗身 1-11つめ切り 1-12視力 1-13聴力

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1移乗 2-2移動 2-3えん下 2-4食事摂取 2-5排尿 2-6排便 2-7口腔清潔 2-8洗顔 2-9整髪 2-10上衣の着脱
2-11ズボン等の着脱 2-12外出頻度

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1意思の伝達 3-2毎日の日課を理解 3-3生年月日を言う 3-4短期記憶 3-5自分の名前を言う
3-6今の季節を理解 3-7場所の理解 3-8徘徊 3-9外出して戻れない

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1被害的 4-2作話 4-3感情が不安定 4-4昼夜逆転 4-5同じ話をする 4-6大声を出す 4-7介護に抵抗
4-8落ち着きなし 4-9一人で出たがる 4-10収集癖 4-11物や衣類を壊す 4-12ひどい物忘れ 4-13独り言・独り笑い
4-14自分勝手に行動する 4-15話がまとまらない

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1薬の内服 5-2金銭の管理 5-3日常の意思決定 5-4集団への不適応 5-5買い物 5-6簡単な調理

6 特別な医療についての特記事項

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 7-2認知症高齢者の日常生活自立度

※ 本用紙に収まらない場合は 特記事項(追加用)の様式を使用してください。

