

[illegible]

帳宗ID  
741

## I 調査実施者(記入者)

|                          |                      |                          |                      |                      |                      |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 調査実施日                    |                      | 事業者番号                    |                      | 事業者名                 |                      |
| 令和                       | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                          | 年                    | 月                        | 日                    |                      |                      |
| 調査実施場所                   |                      | 調査員番号                    |                      | 調査員名                 |                      |
| <input type="checkbox"/> | 自宅内                  | <input type="checkbox"/> | 自宅外                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ⅱ 調査対象者 「過去の認定:2回目以降

|                  |                                                                                                           |                                   |                                                                              |                                   |            |      |             |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|------|-------------|
| 対象者<br>氏名        | フリガナ                                                                                                      |                                   | 性別<br><div><input type="checkbox"/> 1男<br/><input type="checkbox"/> 2女</div> |                                   | 現住所        | 〒    |             |
|                  |                                                                                                           |                                   |                                                                              |                                   |            | 電話番号 |             |
| 生<br>年<br>月<br>日 | <div><input type="checkbox"/> 1明治<br/><input type="checkbox"/> 2大正<br/><input type="checkbox"/> 3昭和</div> | <div><input type="text"/></div> 年 | <div><input type="text"/></div> 月                                            | <div><input type="text"/></div> 日 | 家族等<br>連絡先 | 〒    | 氏名( ) 関係( ) |
|                  | <div><input type="text"/></div> 歳                                                                         |                                   |                                                                              |                                   |            | 電話番号 |             |

### Ⅲ 現在受けているサービスの状況

(認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時点の、福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)

| 在宅利用 (複数回答可)     |                                                                |                                                                |                                           |                                              |                                                            |                                                           |                                           |                                           |                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |
|------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 介護<br>給付         | 訪問介護(ホームヘルプ)<br>・訪問型サービス                                       | 訪問入浴<br>介護                                                     | 訪問看護                                      | 訪問<br>リハビリ                                   | 居宅療養<br>管理指導                                               | 通所介護<br>(デイサービス)<br>・通所型サービス                              | 通所リハビリ<br>(デイケア)                          | (特養等)<br>短期入所<br>生活介護                     | (老健等)<br>短期入所<br>療養介護                                          | 特定施設<br>入居者<br>生活介護                       | 福祉用具<br>貸与                                | 福祉用具<br>販売                                | 住宅<br>改修                                  |
|                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/>    | <input type="text"/> <input type="text"/>                  | <input type="text"/> <input type="text"/>                 | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/>                      | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>                      |
|                  | 回/月                                                            | 回/月                                                            | 回/月                                       | 回/月                                          | 回/月                                                        | 回/月                                                       | 回/月                                       | 日/月                                       | 日/月                                                            | 日/月                                       | 品目                                        | 品目/6月                                     | あり                                        |
| 予防<br>給付         | 夜間対応型<br>訪問介護                                                  |                                                                | 認知症<br>対応型<br>通所介護                        | 小規模<br>多機能型<br>居宅介護                          | 認知症対応型<br>共同生活介護<br>(グループホーム)                              | 地域<br>密着型                                                 | 特定施設<br>入居者<br>生活介護                       | 介護老人<br>福祉施設<br>入所者生活介護                   | 定期巡回・<br>随時対応型訪問<br>介護看護                                       | 看護小規模<br>多機能型<br>居宅介護                     |                                           |                                           | 回答個数                                      |
|                  | <input type="text"/> <input type="text"/>                      |                                                                | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/>    | <input type="text"/> <input type="text"/>                  |                                                           | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |                                           |                                           | <input type="text"/> <input type="text"/> |
|                  | 日/月                                                            |                                                                | 日/月                                       | 日/月                                          | 日/月                                                        |                                                           | 日/月                                       | 日/月                                       | 回/月                                                            | 日/月                                       |                                           |                                           | 個                                         |
| 介護保険給付以外のサービス[ ] |                                                                |                                                                |                                           |                                              |                                                            |                                                           |                                           |                                           |                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |
| 施設利用             | <input type="checkbox"/> 介護老人<br>福祉施設                          | <input type="checkbox"/> 介護老人<br>保健施設                          | <input type="checkbox"/> 介護療養型<br>医療施設    | <input type="checkbox"/> 介護医療院               | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同<br>生活介護適用施設<br>(グループホーム) | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者<br>生活介護適用施設              | <input type="checkbox"/> 医療機関<br>(療養)     | <input type="checkbox"/> 医療機関<br>(療養以外)   |                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |
| あり               | <input type="checkbox"/> 養護老人<br>ホーム※1                         | <input type="checkbox"/> 軽費老人<br>ホーム※1                         | <input type="checkbox"/> 有料老人<br>ホーム※1,2  | <input type="checkbox"/> サービス付き<br>高齢者向け住宅※1 | <input type="checkbox"/> その他の<br>施設                        | ※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。<br>※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。 |                                           |                                           |                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |
| 施設所在地・施設名        |                                                                |                                                                |                                           |                                              |                                                            |                                                           |                                           |                                           |                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |
| 電話番号             |                                                                |                                                                |                                           |                                              |                                                            |                                                           |                                           |                                           |                                                                |                                           |                                           |                                           |                                           |

#### IV 特記すべき事項

\* 家族状況 ☐ 独居 ☐ 同居(夫婦のみ) ☐ 同居(その他)

・立会い 無／有( )

## 1 基本動作・起居動作機能の評価

|                        |                                                       |                                                         |                                                    |                                                   |                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.麻痺等の有無               | <input type="checkbox"/> ない                           | <input type="checkbox"/> 左上肢                            | <input type="checkbox"/> 右上肢                       | <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)               |                                       |
| (複数回答可)                | <input type="checkbox"/> 左下肢                          | <input type="checkbox"/> 右下肢                            | 回答個数 <input type="text"/> 個                        |                                                   |                                       |
| 2.拘縮の有無                | <input type="checkbox"/> ない                           | <input type="checkbox"/> 肩関節                            | <input type="checkbox"/> 股関節                       | <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)               |                                       |
| (複数回答可)                | <input type="checkbox"/> 膝関節                          | 回答個数 <input type="text"/> 個                             |                                                    |                                                   |                                       |
| 3.寝返り                  | <input type="checkbox"/> つまらな<br>い<br>で<br>可<br>能     | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>ま<br>れ<br>ば<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> できない                      |                                                   |                                       |
| 4.起き上がり                | <input type="checkbox"/> つまら<br>な<br>い<br>で<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>ま<br>れ<br>ば<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> できない                      |                                                   |                                       |
| 5.座位保持<br>(10分間程度)     | <input type="checkbox"/> できる                          | <input type="checkbox"/> 自分の手で<br>支えられ<br>ば<br>可<br>能   | <input type="checkbox"/> 支えて<br>もらえ<br>ば<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> できない                     |                                       |
| 6.両足での立位保持<br>(10秒間程度) | <input type="checkbox"/> 支えなし<br>で<br>可<br>能          | <input type="checkbox"/> 何か支えが<br>あれば可<br>能             | <input type="checkbox"/> できない                      |                                                   |                                       |
| 7.歩行                   | <input type="checkbox"/> つまら<br>な<br>い<br>で<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>ま<br>れ<br>ば<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> できない                      |                                                   |                                       |
| 8.立ち上がり                | <input type="checkbox"/> つまら<br>な<br>い<br>で<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>ま<br>れ<br>ば<br>可<br>能 | <input type="checkbox"/> できない                      |                                                   |                                       |
| 9.片足での立位<br>(1秒間程度)    | <input type="checkbox"/> 支えなし<br>で<br>可<br>能          | <input type="checkbox"/> 何か支えが<br>あれば可<br>能             | <input type="checkbox"/> できない                      |                                                   |                                       |
| 10.洗身                  | <input type="checkbox"/> 介助され<br>てい<br>ない             | <input type="checkbox"/> 一部介助                           | <input type="checkbox"/> 全介助                       | <input type="checkbox"/> 行っ<br>て<br>い<br>ない       |                                       |
| 11.つめ切り                | <input type="checkbox"/> 介助され<br>てい<br>ない             | <input type="checkbox"/> 一部介助                           | <input type="checkbox"/> 全介助                       |                                                   |                                       |
| 12.視力                  | <input type="checkbox"/> 普通                           | <input type="checkbox"/> 1mで<br>見<br>え<br>る             | <input type="checkbox"/> 目の前<br>で<br>見<br>え<br>る   | <input type="checkbox"/> ほとんど<br>見<br>え<br>な<br>い | <input type="checkbox"/> 判断<br>不<br>能 |
| 13.聴力                  | <input type="checkbox"/> 普通                           | <input type="checkbox"/> やっと<br>聞<br>こ<br>え<br>る        | <input type="checkbox"/> 大声が<br>聞<br>こ<br>え<br>る   | <input type="checkbox"/> ほとんど<br>聞<br>こ<br>え<br>ず | <input type="checkbox"/> 判断<br>不<br>能 |

あてはまる項目をチェック ☒ してください。

〔記入例〕 ☒ 誤った時 ☐ 数字は文字見本をもとに枠内に丁寧に記入してください  
 <<記入のしかた>> ☐ [文字見本] 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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ください。

## 2 生活機能

|              |                                   |                                |                                |                                |
|--------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 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. 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   |
| 3. 嚥下        | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> 見守り等  |                                | <input type="checkbox"/> できない  |
| 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   |
| 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   |
| 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   |
| 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   |
| 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   |
| 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   |
| 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   |
| 11. スリッパ等の着脱 | <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   |
| 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 |

## 3 認知機能

|               |                              |                                  |                                   |                               |
|---------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 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"/> ほとんどできない | <input type="checkbox"/> できない |
| 2. 毎日の日課を理解   |                              |                                  | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> できない |
| 3. 生年月日や年齢を言う |                              |                                  | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> できない |
| 4. 短期記憶       |                              |                                  | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> できない |
| 5. 自分の名前をいう   |                              |                                  | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> できない |
| 6. 今の季節を理解    |                              |                                  | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> できない |
| 7. 場所の理解      |                              |                                  | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> できない |
| 8. 徘徊         |                              | <input type="checkbox"/> ない      | <input type="checkbox"/> ときどきある   | <input type="checkbox"/> ある   |
| 9. 外出すると戻れない  |                              | <input type="checkbox"/> ない      | <input type="checkbox"/> ときどきある   | <input type="checkbox"/> ある   |

## 4 精神・行動障害

|                         |                             |                                 |                             |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. 物を盗られたなどと被害的になる      | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 2. 作り話をする               | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 4. 昼夜の逆転がある             | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 5. 同じ話をする               | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 6. 大声を出す                | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 7. 介護に抵抗する              | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない    | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 9. 一人で外に出たがり目が離せない      | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 10. 色々なものを集めたり、無断でもってくる | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 11. 物を壊したり、衣類を破いたりする    | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 12. ひどい物忘れ              | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 13. 意味もなく独り言や独り笑いをする    | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 14. 自分勝手に行動する           | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| 15. 話がまとまらず、会話にならない     | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |

## 5 社会生活への適応に関する項目

|            |                                   |                                         |                                 |                               |
|------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. 薬の内服※   | <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. 金銭の管理※  | <input type="checkbox"/> 介助されていない | <input type="checkbox"/> 一部介助           | <input type="checkbox"/> 全介助    |                               |
| 3. 日常の意思決定 | <input type="checkbox"/> できる      | <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いて(できる) | <input type="checkbox"/> 日常的に困難 | <input type="checkbox"/> できない |
| 4. 集団への不適応 | <input type="checkbox"/> ない       |                                         | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある   |
| 5. 買い物※    | <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  |
| 6. 簡単な調理※  | <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  |

## 6 特別な医療について (過去14日間に受けた医療)

|                                     |                                    |                                  |                                                   |                                       |                                                                |                        |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 点滴の管理   | <input type="checkbox"/> 2. 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 3. 透析   | <input type="checkbox"/> 4. ストーマ(人工肛門)の処置         | <input type="checkbox"/> 5. 酸素療法      | <input type="checkbox"/> 6. レスビレーター(人工呼吸器)                     | 医療について<br>(複数回答可)      |
| <input type="checkbox"/> 7. 気管切開の処置 | <input type="checkbox"/> 8. 疼痛の看護  | <input type="checkbox"/> 9. 経管栄養 | <input type="checkbox"/> 10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) | <input type="checkbox"/> 11. じよくそうの処置 | <input type="checkbox"/> 12. カテーテル(コブドームカテーテル・留置カテーテル・ウロストーマ等) |                        |
| 回答個数                                |                                    |                                  |                                                   |                                       |                                                                | <input type="text"/> 個 |

## 7 日常生活自立度

|                       |                             |                             |                              |                              |                               |                               |                             |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> J1 | <input type="checkbox"/> J2  | <input type="checkbox"/> A1  | <input type="checkbox"/> A2   | <input type="checkbox"/> B1   | <input type="checkbox"/> B2 | <input type="checkbox"/> C1 | <input type="checkbox"/> C2 |
| ・認知症高齢者の日常生活自立度       | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> I  | <input type="checkbox"/> IIa | <input type="checkbox"/> IIb | <input type="checkbox"/> IIIa | <input type="checkbox"/> IIIb | <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> M  |                             |

被保険者氏名

市町村コード

被保険者番号

帳票ID

別紙あり

枚

26202

643

## 舞鶴市 介護保険認定調査票(特記事項)

### 1. 身体機能・起居動作に関連する項目

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

### 2. 生活機能に関連する項目

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

### 3. 認知機能に関連する項目

( )

( )

( )

( )

( )

### 4. 精神・行動障害に関連する項目 (15項目に該当しないが特記すべき事項がある場合は※を付して記載してください)

( )

( )

( )

( )

( )

### 5. 社会生活への適応に関連する項目

( )

( )

( )

( )

### 6. 特別な医療について

( )

( )

### 7. 日常生活自立度

( )

( )

その他 入退院(所)日、上記以外の介助内容や居住環境など介護の手間に関すること

・\_\_人家族(本人、 )

