



# 認定調査票(基本調査①)

0402

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

1-1 麻痺等の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) 左上肢 <input type="checkbox"/> 3) 右上肢 <input type="checkbox"/> 4) 左下肢 <input type="checkbox"/> 5) 右下肢 <input type="checkbox"/> 6) その他(四肢の欠損)
1-2 拘縮の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) 肩関節 <input type="checkbox"/> 3) 股関節 <input type="checkbox"/> 4) 膝関節 <input type="checkbox"/> 5) その他(四肢の欠損)
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 自 分の 手で 支え られ ば 可 能 <input type="checkbox"/> 3) 支 え て ら れ ば 可 能 <input type="checkbox"/> 4) できない
1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支 え な し で 可 能 <input type="checkbox"/> 2) 何 か 支 え が あ ら ば 可 能 <input type="checkbox"/> 3) できない
1-7 歩行	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-9 片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支 え な し で 可 能 <input type="checkbox"/> 2) 何 か 支 え が あ ら ば 可 能 <input type="checkbox"/> 3) できない
1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 3) 全 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 行 っ て い な い
1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 3) 全 介 助
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 1) 普 通 (日 常 生 活 に 支 障 が な い) <input type="checkbox"/> 2) 約 1m 離 れ た 視 力 確 認 表 の 図 が 見 え る <input type="checkbox"/> 3) 目 の 前 に 置 い た 視 力 確 認 表 の 図 が 見 え る <input type="checkbox"/> 4) ほ ん ど 見 え な い <input type="checkbox"/> 5) 見 え て い る の か 判 断 不 能
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 1) 普 通 <input type="checkbox"/> 2) 普 通 の 声 が や っ と 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> 3) か な り 大 き な 声 な ら 何 と か 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> 4) ほ ん ど 聞 こ え な い <input type="checkbox"/> 5) 聞 こ え て い る の か 判 断 不 能
2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 全 介 助
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 全 介 助
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) できない
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 全 介 助
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 全 介 助
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 全 介 助
2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 3) 全 介 助
2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 3) 全 介 助
2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 3) 全 介 助
2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 全 介 助
2-11 ズボン等の着脱	<input type="checkbox"/> 1) 介 助 さ れ て い な い <input type="checkbox"/> 2) 見 守 り 等 <input type="checkbox"/> 3) 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 4) 全 介 助
2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 1) 週1回以上 <input type="checkbox"/> 2) 月1回以上 <input type="checkbox"/> 3) 月1回未満
3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 1) 調 査 対 象 者 が 意 思 を 他 者 に 伝 達 可 能 <input type="checkbox"/> 2) と き ど き 伝 達 可 能 <input type="checkbox"/> 3) ほ ん ど 伝 達 可 能 <input type="checkbox"/> 4) できない
3-2 毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-3 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-6 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-7 場所の理解(自分がいる場所を答える)	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない
3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) と き ど き あ る <input type="checkbox"/> 3) ある
3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) と き ど き あ る <input type="checkbox"/> 3) ある

# 認定調査票(基本調査②)

0403

市区町村コード 29204

対象者番号           

調査日     年   月   日

4-1	物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-2	作話をする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-4	昼夜の逆転	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-5	しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-6	大声を出す	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-7	介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-8	「家に帰る」等と言い落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-9	一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-11	物を壊したり、衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-12	ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-14	自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
4-15	話がまとまらず、会話にならない	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
5-1	薬の内服	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 一部介助	<input type="checkbox"/> 3) 全介助						
5-2	金銭の管理	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 一部介助	<input type="checkbox"/> 3) 全介助						
5-3	日常の意思決定	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 3) 日常的に困難 <input type="checkbox"/> 4) できない						
5-4	集団への不適応	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある						
5-5	買い物	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 見守り等	<input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助						
5-6	簡単な調理	<input type="checkbox"/> 1) 介助されていない	<input type="checkbox"/> 2) 見守り等	<input type="checkbox"/> 3) 一部介助 <input type="checkbox"/> 4) 全介助						
6 過去14日間(複数回答可)	処置内容	<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) レスピレーター(人工呼吸器)	<input type="checkbox"/> 7) 気管切開の処置						
	特別な対応	<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) じょくそうの処置				
7 日常生活	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	

# 認定調査票(特記事項)

0407

市区町村コード

対象者番号

氏名:

調査日  年  月  日

調査対象者の家族状況

住宅改修(過去に改修した箇所を記入してください)

  
  

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)

介護保険給付外の在宅サービス種類名

  

日常的に使用する機器・器械の有無等

調査立会人(関係性もわかれば記入してください)

身長・体重(不明な場合は体型を記入してください)

調査対象者の主訴

  
  
  

## 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についての特記事項

(1-1 麻痺等, 1-2 拘縮等, 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 スポン等の着脱, 2-12 外出頻度)

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

# 認定調査票(特記事項)

0407

市区町村コード

対象者番号

氏名：

調査日  年  月  日

### 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

( 6 特別な医療 )

( )  
.....  
( )  
.....  
( )  
.....

### 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 )

( )  
.....  
( )  
.....  
( )  
.....