

帳票ID

741

申請日

令和 年 月 日

被保険者番号

被保険者番号入力欄

広島市介護保険認定調査票

I 調査実施者(記入者)

調査実施日、事業所番号、事業所名、調査実施場所、調査員名・電話番号

II 調査対象者

[過去の認定: □初回・□2回目以降(前回認定 年 月 日) 前回認定結果: □非該当・要支援()・要介護()]

対象者氏名、フリガナ、性別、現住所、生年月日、家族等連絡先

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。)

在宅利用(複数回答可)表: 訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリ、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修

市町村特別給付、介護保険給付以外のサービス: 施設利用あり、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護適用施設、特定施設入居者生活介護適用施設、医療機関、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、その他の施設

*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。

1 身体機能・起居動作

身体機能・起居動作チェック表: 1.麻痺等の有無、2.拘縮の有無、3.寝返り、4.起き上がり、5.座位保持、6.両足での立位保持

身体機能・起居動作チェック表: 7.歩行、8.立ち上がり、9.片足での立位、10.洗身、11.つめ切り、12.視力、13.聴力

調査対象者が急病等によってその状況が一時的に変化している場合等で、適切な認定調査が行えないと判断した時には、状況が安定した後に再度調査日を設定し認定調査を行ってください。

*家族状況: □ 独居 □ 同居(夫婦のみ) □ 同居(その他)

あてはまる項目をチェック してください。

事務局記載欄: 検査日、居室、施設

2 生活機能

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. 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
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	
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
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
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
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	
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	
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	
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
11. スリッパ等の着脱	<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
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 認知機能

1. 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. ときどきできる	<input type="checkbox"/> 3. ほとんどできない	<input type="checkbox"/> 4. できない
2. 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. できない		
3. 生年月日を言う	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. できない		
4. 短期記憶	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. できない		
5. 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. できない		
6. 今の季節を理解	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. できない		
7. 場所の理解	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. できない		
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	
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	

4 精神・行動障害

1. 被害的	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
2. 作話	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
3. 感情が不安定	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
4. 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
5. 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
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
7. 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
8. 落ち着きなし	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
9. 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
10. 収集癖	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
11. 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
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
13. 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある
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
15. 話がまとまらない	<input type="checkbox"/> 1. ない	<input type="checkbox"/> 2. ときどきある	<input type="checkbox"/> 3. ある

5 社会生活への適応

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	
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	
3. 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> 1. できる	<input type="checkbox"/> 2. 特別な場合以外できる	<input type="checkbox"/> 3. 日常的に困難	<input type="checkbox"/> 4. できない
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. 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
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 特別な医療(過去14日間に受けた医療)(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 1. 点滴管理	<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(人工呼吸器)	医療について(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. 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 12. カテーテル(コンドームカテーテル・留置カテーテル・ウロストマ等)	回答個数 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 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	

事務局記載欄