

市町村コード
23211

被保険者番号

Grid for insurance number

帳票ID

741

I 調査実施者(記入者) 豊田市 介護保険認定調査票

Header information: 調査実施日 (令和), 事業者番号, 事業者名, 調査実施場所, 調査員番号, 調査員名

II 調査対象者 [過去の認定: 初回・2回目以降] 前回認定結果: 非該当・要支援()・要介護()

Subject information: 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。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)

Service status table: 在宅利用, 通所介護, 特定施設, 福祉用具, 住宅改修, 施設利用, 市町村特別給付, 介護保険給付以外のサービス

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)

1 身体機能・起居動作

Body function and activities table: 1. 麻痺等の有無, 2. 関節可動域, 3. 寝返り, 4. 起き上がり, 5. 座位保持, 6. 両足での立位保持, 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

[記入例]

<<記入のしかた>>



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

[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。本人が風邪を引いて高熱を出してる等、通常でない場合は再調査を行ってください。

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

2 生活機能(ADL・IADL)の評価

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. えん下	<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. スボン等の着脱	<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

4 日常生活における問題行動に関連する項目

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

3 記憶・意思疎通に関する項目

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. 生年月日をいう		<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

5 社会生活適応に関する項目

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"/> 特別な場合以外可	<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(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 (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. じょくそうの処置	<input type="checkbox"/> 12. カテーテル(コトドムカテーテル・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"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	