

市町村コード  
23211

被保険者番号

0 0 1 2 3 4 5 6 7 8

帳票ID

741

事業者番号：2  
調査員番号：1 で固定

I 調査実施者(記入者)

豊田市

介護保険課

調査実施日

令和 3 年 5 月 7 日

事業者番号

2

事業者名

豊田居宅介護支援事業所

調査実施場所

自宅内  自宅外 (豊田有料老人ホーム)

調査員番号

1

調査員名

豊田 花子

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(3)

対象者氏名	フリガナ	コロモ タロウ	性別	1 1男 2女	現住所	〒
	氏名	拳母 太郎				電話番号 ( )
生年月日	3 1明治 2大正 3昭和	1 4	4	1	8 2	氏名( ) 関係( )
		年	月	日	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)

介護給付	在宅利用 (複数回答可)	通所介護 (デイサービス) 通所型サービス	(特養等) 短期入所生活介護	(老健等) 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	福祉用具販売	住宅改修		
<input checked="" type="checkbox"/>	訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス 16 回/月	訪問看護 回/月	訪問リハビリ 回/月	居宅療養管理指導 回/月	8 回/月	回/月	回/月	回/月		
予防給付	夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	地域密着型	特定施設入居者生活介護	介護老人福祉施設入所者生活介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	看護小規模多機能型居宅介護	回答個数 3 個
施設利用	あり <input checked="" type="checkbox"/>	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	介護医療院	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	特定施設入居者	医療機関(療養)	医療機関(療養以外)	
		介護老人ホーム*1	軽費老人ホーム*1	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム*1,2	サービス付き高齢者向け住宅*1					電話番号
		施設所在地・施設名 豊田有料老人ホーム								

電話番号は記入不要

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

1. 麻痺等の有無 (複数回答可)	<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)	<input checked="" type="checkbox"/> 左下肢	<input checked="" type="checkbox"/> 右下肢	回答個数 2 個
2. 関節可動域 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 股関節	<input checked="" type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)	回答個数 1 個	
3. 寝返り	<input type="checkbox"/> つまらないうでできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない				
4. 起き上がり	<input type="checkbox"/> つまらないうでできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない				
5. 座位保持(10分間程度)	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる	<input type="checkbox"/> できない			
6. 両足での立位保持(10秒間程度)	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる	<input checked="" type="checkbox"/> 何か支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない				
7. 歩行	<input type="checkbox"/> つまらないうでできる						
8. 立ち上がり	<input type="checkbox"/> つまらないうでできる						
9. 片足での立位(1秒間程度)	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる	<input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる	<input checked="" type="checkbox"/> できない				
10. 洗身	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない			
11. つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助				
12. 視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 1mで見える	<input type="checkbox"/> 目の前で見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 判断不能		
13. 聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる	<input checked="" type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえず	<input type="checkbox"/> 判断不能		

施設入所中の対象者は、自宅へ戻った時を想定して判断してください。

[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いる等、通常でない場合は再調査を行ってください。

市町村コード  
23211

被保険者番号

Grid for insurance number input

帳票ID  
642

2 生活機能(ADL・IADL)の評価

裏面被保険者番号は記入不要

おける問題行動に関連する項目

ADL/IADL evaluation items 1-12 with checkboxes for assistance levels (e.g., 1. 移乗, 2. 移動, 3. えん下, etc.)

Problematic behaviors items 2-15 with checkboxes for frequency (e.g., 2. 作話, 3. 感情が不安定, etc.)

3 記憶・意思疎通に関する項目

Memory and communication items 1-9 with checkboxes for ability levels (e.g., 1. 意思の伝達, 2. 毎日の日課を理解, etc.)

5 社会生活適応に関する項目

Social adaptation items 1-6 with checkboxes for assistance levels (e.g., 1. 薬の内服, 2. 金銭の管理, etc.)

6 特別な医療(過去14日間に受けた医療)

Special medical treatments items 1-12 with checkboxes and a count field for the number of treatments received.

7 日常生活自立度

Independence in daily life items for disabled and dementia elderly with checkboxes for independence levels (e.g., 障害高齢者の日常生活自立度, 認知症高齢者の日常生活自立度).