

認定調査票（特記事項）

調査全体に係る事項

(調査場所) 在宅 特養 老健 介護医療院 特定施設 グループホーム 医療機関 サ高住 その他 ()
(家族の状況) 独居 日中独居 (時~ 時) 同居者の介護力なし・本人含む () 人
(主な介護者) 妻 夫 嫁 娘 息子 ヘルパー 病院・施設職員 その他 ()
(虐待・介護放棄) 無・有 (状況)
(住環境の制約) 無・有 (状況)

※以下、□で囲ってある項目は、実際の介助の方法に基づき選択し、具体的な「介護の手間」と「頻度」を記載してください。(適切な介助が行われていない場合は「不適切な介護」で判断してください。)

1 身体機能・起居動作 不適切な介護 無・有 (介助の不足・過剰な介助)

1-1 麻痺 1-2 拘縮 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

確認動作…行えなかった項目と理由 ()
(1-1・2)

(1-3)

(1-4)

(1-5)

(1-6)

(1-7)

(1-8)

(1-9)

(1-10)

(1-11)

(1-12)

(1-13)

2 生活機能 不適切な介護 無・有 (介助の不足・過剰な介助)

2-1 移乗 2-2 移動 2-3 えん下 2-4 食事 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 ズボン等の着脱 2-12 外出頻度

(7)口臭 (無・有)・歯 (無・有)・義歯 (無・有…合っている・合っていない・使っていない)
(2-1・2)

(2-3・4)

(2-5)

(2-6)

(2-7)

(2-8)

(2-9)

(2-10)

(2-11)

(2-12)

3 認知機能

被保険者番号

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

(3-1)

(3-2)

(3-3・5)

(3-4)

(3-6)

(3-7)

(3-8)

(3-9)

4 精神・行動障害

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

不適切な介護 無・有 (介助の不足・過剰な介助)

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

(5-1)

(5-2)

(5-3)

(5-4)

(5-5)

(5-6)

6 特別な医療 ※急性疾患への対応は除く

()

()

障害高齢者の日常生活自立度

自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2

(選択根拠)

認知症高齢者の日常生活自立度

自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M

(選択根拠)

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。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行ってください。

保険者番号 131185 被保険者番号

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分（所要時間 時間 分）		
実施場所	自宅内 ・ 自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関	電話
記入者氏名			

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（ ）		
ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日（ 歳）
対象者氏名					
現住所	〒 -		電話		
立会人等 連絡先	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）		電話		

調査対象者の 家族状況、居住 環境、日常的に 使用する機器・ 器械の有無、傷 病、既往歴、サ ービス利用意 向等	
---	--

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記載してください。

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

<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ）・訪問型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> （介護予防）小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> （介護予防）居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）・通所型サービス	月 回	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> （介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月 回	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）	月 日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
<input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所療養介護（療養ショート）	月 日	<input type="checkbox"/> 住宅改修 なし・あり（ ）	
<input type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護	月 日	<input type="checkbox"/> 市町村特別給付（ ）	
<input type="checkbox"/> （介護予防）福祉用具貸与 品目（ ）			
<input type="checkbox"/> 特定（介護予防）福祉用具販売 品目（ ）			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付以外の在宅サービス（ ）			

施設利用
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外）
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1※2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等
施設等連絡先
施設名 _____
郵便番号 _____ 電話 _____
住所 _____

※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