

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下さい。

認定調査票（概況調査）

0441

I. 調査実施者（記入者）

市区町村コード 実施日時 年 月 日 時

管理市町村コード 調査者番号

実施場所 自宅内 自宅外

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（ ）

被保険者番号（対象者番号） 生年月日 年 月 日

ふりがな 現住所

対象者氏名

電話番号 - 性別 男 女

申請日 年 月 日 調査回目 回目

調査先名称 電話番号 - -

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入してください。

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

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

施設等利用

<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 施設等名 ()

〒 - 電話 - -

※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。

IV. 調査対象者の家族状況、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）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

※家族状況 独居 同居（夫婦のみ） 同居（その他）（家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載）

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) 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 3) 支えてもらえればできる <input type="checkbox"/> 4) できない
1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 2) 何か支えがあればできる <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) 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 2) 何か支えがあればできる <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) ほとんど見えない <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) 普通の声はやつと聞き取れる <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) ほとんど聞こえない <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できる <input type="checkbox"/> 2) ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> 3) ほとんど伝達できない <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 01207

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」等と言いつつ落ち着きがない	<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)

0408

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

- 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 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、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 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度
- 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