

令和3年3月9日

弁護士 山中 理司 様

大阪市西成区出城2-5-20
大阪市福祉局介護保険課
認定グループ（担当：郷原）
電話 (06) 4392-1727

情報提供資料送付のお知らせ

平素は本市介護保険事務にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。

先日、ご依頼のありました「介護保険認定調査票」をお送りします。

なお、本市の認定調査票（概況調査）および（基本調査）につきましては、調査終了時に控えをお渡しできるよう複写式になっております。

ご不明な点がございましたら、上記までお問合せください。

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。本人が風邪をひ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下さい。

保険者番号

271007

被保險者番号

認定調査票(概況調査)

大阪市

介護保険認定調査票

I 調査実施者(記入者)

調査実施日
令和 年 月 日

指定居宅介護支援事業者等番号

所属機関

電話番号(

調査実施場所

調査員番号

記入者氏名

同行者氏名

介添者・
同席者氏名

II 調査対象者

対象者 氏名	ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 1明治 <input type="checkbox"/> 2大正 <input type="checkbox"/> 3昭和	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				年	月	日	歳	
現住所	〒 電話番号()	家族等 連絡先	〒 氏名()	関係()	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。

介護 給付	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。福祉用具貸与は調査日時点の、特定福祉用具販売は過去6月の品目数を記載）												
	訪問介護 (ホームヘルプ) ・訪問型サービス	訪問入浴 介護	訪問看護	訪問 リハビリ	居住療養 管理指導	通所介護 (デイサービス) ・通所型サービス	通所リハビリ (デイケア)	短期入所 生活介護 (ショートステイ)	短期入所 療養介護 (療養ショート)	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
予防 給付等	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	回/月	日/月	日/月	日/月	品目	品目/6月	あり	個
	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)	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・ 隨時対応型訪問 介護看護	看護小規模 多機能型 居宅介護					
施設利用 あり	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	日/月	回/月	日/月					
	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 生活介護適用施設 (グループホーム)	特定施設入居者 生活介護適用施設 (ケアハウス等)	医療機関 (療養病床)	医療機関 (療養病床以外)	その他の 施設				
施設連絡先（〒 ）													
施設名													
電話番号													

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)、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。

市町村特別給付

介護保険給付外の住室サービス

認定調査票(基本調査)

あてはまる項目をチェック してください。誤って記入した時は してください。

1 身體機能・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"/> 左下肢 | <input type="checkbox"/> 右下肢 | <input type="checkbox"/> その他
(四肢の欠損) |
| | | | 回答
個数 <input type="text"/> 個 |
| 2. 拘縮の有無
(複数回答可) | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 股関節 |
| | <input type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> その他
(四肢の欠損) | 回答
個数 <input type="text"/> 個 |
| 3. 寝返り | <input type="checkbox"/> つかまらないで
できる | <input 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"/> つかまらないで
できる | <input 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 | <input type="checkbox"/> できる | <input 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 |
| 6. 両足での立位保持 | <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 type="checkbox"/> できない |

- | | | | |
|-------------|---|--|--|
| 7. 歩行 | <input type="checkbox"/> つかまらないでできる | <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる | <input type="checkbox"/> できない |
| 8. 立ち上がり | <input type="checkbox"/> つかまらないでできる | <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる | <input type="checkbox"/> できない |
| 9. 片足での立位保持 | <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 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 type="checkbox"/> 全介助 |
| 11. つめ切り | <input type="checkbox"/> 介助されていない | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 12. 視力 | <input type="checkbox"/> 普通
(日常生活に支障がない) | <input type="checkbox"/> 約1m離れた
視力確認表の図が見える | |
| | <input type="checkbox"/> 目の前に置いた
視力確認表の図が見える | <input type="checkbox"/> ほとんど
見えない | <input type="checkbox"/> 見えているのか
判断不能 |
| 13. 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 普通の声が
やっと聞き取れる | |
| | <input type="checkbox"/> かなり大きな声なら
何とか聞き取れる | <input type="checkbox"/> ほとんど
聞えない | <input type="checkbox"/> 聞えているのか
判断不能 |

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。本人が風邪をひ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下さい。

保険者番号 271007 被保険者番号

認定調査票(概況調査)

大阪市

I 調査実施者(記入者)

介護保険認定調査票

調査実施日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	指定居宅介護支援事業者等番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	所属機関 <input type="text"/>	電話番号() <input type="text"/>
調査実施場所 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 自宅外 ()	調査員番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	記入者氏名 <input type="text"/>	介添者・ 同行者氏名 <input type="text"/>

II 調査対象者

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。

介護 給付	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。福祉用具貸与は調査日時点の、特定福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数を記載)															
	訪問介護 (ホームヘルプ) ・訪問型サービス	訪問入浴 介護	訪問看護	訪問 リハビリ	居宅療養 管理指導	通所介護 (デイサービス) ・通所型サービス	通所リハビリ (デイケア)	短期入所 生活介護 (ショートステイ)	短期入所 療養介護 (療養ショート)	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	回答個数		
	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 品目	<input type="text"/> 品目/6月	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> 個			
予防 給付等	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)		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	
	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 回/月	<input type="text"/> 日/月	<input type="text"/> 日/月			
施設利用 あり	<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"/> 介護療養型 医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<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"/> 特定施設入居者 生活介護適用施設 (ケアハウス等)	<input type="checkbox"/> 医療機関 (療養病床)	<input type="checkbox"/> 医療機関 (療養病床以外)	<input type="checkbox"/> その他の 施設							
	施設連絡先 (〒)										電話番号					
	施設名															

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)、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。

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and Economic Development at 319-273-2444 or research@uiowa.edu.

市町村特別給付

介護保険給付外の住宅サービス

認定調査票(基本調査)

あてはまる項目をチェック してください。誤って記入した時は してください。
(複数回答可)には必ず回答個数を記入してください。

1 身體機能・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	回答 個数	<input type="checkbox"/> 個
	<input type="checkbox"/>	左下肢	<input type="checkbox"/>	右下肢	<input type="checkbox"/>	その他 (四肢の欠損)		
2. 拘縮の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	肩関節	<input type="checkbox"/>	股関節	回答 個数	<input type="checkbox"/> 個
	<input type="checkbox"/>	膝関節	<input type="checkbox"/>	その他 (四肢の欠損)				
3. 寝返り	<input type="checkbox"/>	つかまらないで できる	<input type="checkbox"/>	何かに つかまれば できる	<input type="checkbox"/>	できない	回答 個数	<input type="checkbox"/> 個
4. 起き上がり	<input type="checkbox"/>	つかまらないで できる	<input 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	<input type="checkbox"/>	できる	<input 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	回答 個数	<input type="checkbox"/> 個
6. 両足での立位保持	<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 type="checkbox"/>	できない		

7. 歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
8. 立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
9. 片足での立位保持	<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 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 type="checkbox"/> 全介助
11. つめ切り	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
12. 視力	<input type="checkbox"/> 普通 (日常生活に支障がない)	<input type="checkbox"/> 約1m離れた 視力確認表の図が見える	
	<input type="checkbox"/> 目の前に置いた 視力確認表の図が見える	<input type="checkbox"/> ほとんど 見えない	<input type="checkbox"/> 見えているのか 判断不能
13. 聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 普通の声が やっと聞き取れる	
	<input type="checkbox"/> かなり大きな声なら 何とか聞き取れる	<input type="checkbox"/> ほとんど 聞えない	<input type="checkbox"/> 聞えているのか 判断不能

この調査票は、ケアプラン作成等の際の参考となる場合がありますので、大切に保管してください。

(本人用)

2 生活機能

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. ズボン等の着脱	<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	

3 認知機能

1. 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を 他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	
	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> できない	
2. 毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3. 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
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"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
5. 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
6. 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
7. 場所の理解 (自分のいる場所を答える)	<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

6 過去14日間に受けた特別な医療 (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
特別な対応	<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	<input type="checkbox"/> 8.疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 9.経管栄養	回答 個数 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 個
	<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 (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)		

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"/> J 1	<input type="checkbox"/> J 2	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> B 1	<input type="checkbox"/> B 2	<input type="checkbox"/> C 1	<input type="checkbox"/> C 2
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	

4 精神・行動障がい

1. 物を盗られたなどと 被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
3. 泣いたり、笑ったりして 感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
4. 昼夜の逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
5. しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
6. 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
7. 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
8. 「家に帰る」等と言い 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. 1人で外に出たがり 目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
10. いろいろなものを集め たり、無断でもっててくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある
11. 物を壊したり、 衣類を破いたりする	<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. 意味もなく独り言や 独り笑いをする	<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. 話がまとまらず、 会話にならない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき ある	<input type="checkbox"/> ある

5 社会生活への適応

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"/> 特別な場合を 除いてできる	<input type="checkbox"/> 日常的に 困難
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
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"/> 全介助

2 生活機能

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. ズボン等の着脱	<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	

3 認知機能

1. 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	
	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> できない	
2. 毎日の日課を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3. 生年月日や年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
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"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
5. 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
6. 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
7. 場所の理解 (自分のいる場所を答える)	<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

4 精神・行動障がい

1. 物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
2. 作話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
4. 昼夜の逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
5. しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
6. 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
7. 介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 1人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. いろいろなものを集めたり、無断でもってく	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 物を壊したり、衣類を破いたりする	<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. 意味もなく独り言や独り笑いをする	<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. 話がまとまらず、会話にならない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

5 社会生活への適応

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"/> 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 日常的に困難
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
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

6 過去14日間に受けた特別な医療(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	<input type="checkbox"/> 8.疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 9.経管栄養	
特別な対応	<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(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)		回答個数 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	

調査日 令和 年 月 日

〈概況〉

判断に迷った場合(○印)、適切な介助(※印)、審査会に伝えたい情報(下線等)がある場合は、右記にチェック してください。

認定調査票(特記事項)

大阪市

1. 身体機能・起居動作

- 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 ()
 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 ()

2. 生活機能

- 1 移乗 2 移動 ()
 3 えん下 ()
 4 食事摂取 ()
 5 排尿 6 排便 ()
 7 口腔清潔 ()
 8 洗顔 9 整髪 ()
 10 上衣の着脱 ()
 11 ズボン等の着脱 ()
 12 外出頻度 ()

3. 認知機能

- 1 意思の伝達 ()
 2 毎日の日課を理解 ()
 3 生年月日を言う ()
 4 短期記憶 ()
 5 自分の名前を言う ()
 6 今の季節を理解 ()
 7 場所の理解 ()
 8 徘徊 ()
 9 外出して戻れない ()

4. 精神・行動障がい

- 1 被害的 2 作話 ()
 3 感情が不安定 ()
 4 昼夜逆転 ()
 5 同じ話をする ()
 6 大声を出す ()
 7 介護に抵抗 ()
 8 落ち着きなし ()
 9 一人で出たがる ()
 10 収集癖 ()
 11 物や衣類を壊す ()
 12 ひどい物忘れ ()
 13 独り言・独り笑い ()
 14 自分勝手に行動する ()
 15 話がまとまらない ()

5. 社会生活への適応

- 1 薬の内服 ()
 2 金銭の管理 ()
 3 日常の意思決定 ()
 4 集団への不適応 ()
 5 買い物 ()
 6 簡単な調理 ()

6. 特別な医療

- ()
 ()
 ()
 ()

7. 日常生活自立度

- 1 障害高齢者の日常生活自立度
 2 認知症高齢者の日常生活自立度