

認定調査票(基本調査)

0412

市区町村コード 23204 対象者番号 調査日 年 月 日

1-1	麻痺 (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	3-1	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) ときどきできる <input type="checkbox"/> 3) ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 4) できない	
		<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)	3-2	毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない	
1-2	拘縮 (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	3-3	生年月日をいう	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない	
		<input type="checkbox"/> 4) 膝関節 <input type="checkbox"/> 5) その他(四肢の欠損)	3-4	短期記憶	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない	
1-3	寝返り	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) つかまれば可 <input type="checkbox"/> 3) できない	3-5	自分の名前をいう	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない	
1-4	起き上がり	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) つかまれば可 <input type="checkbox"/> 3) できない	3-6	今の季節を理解	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない	
1-5	座位保持	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 3) 支えが必要 <input type="checkbox"/> 4) できない	3-7	場所の理解	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) できない	
1-6	両足での立位	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 支えが必要 <input type="checkbox"/> 3) 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	
1-7	歩行	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) つかまれば可 <input type="checkbox"/> 3) できない	3-9	外出して戻れない	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
1-8	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) つかまれば可 <input type="checkbox"/> 3) できない	4-1	被害的	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
1-9	片足での立位	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 支えが必要 <input type="checkbox"/> 3) できない	4-2	作話	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	4-3	感情が不安定	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	4-4	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
1-12	視力	<input type="checkbox"/> 1) 普通 <input type="checkbox"/> 2) 1m先が見える <input type="checkbox"/> 3) 目の前が見える	4-5	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	
		<input type="checkbox"/> 4) ほとんど見えず <input type="checkbox"/> 5) 判断不能	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	
1-13	聴力	<input type="checkbox"/> 1) 普通 <input type="checkbox"/> 2) やっと聞こえる <input type="checkbox"/> 3) 大声が聞こえる	4-7	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
		<input type="checkbox"/> 4) ほとんど聞こえず <input type="checkbox"/> 5) 判断不能	4-8	落ち着きなし	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	4-9	一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	4-10	収集癖	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	4-11	物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	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	
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	4-13	独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	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	
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	4-15	話がまとまらない	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある	
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	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	
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	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	
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	5-3	日常の意思決定	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 特別な場合以外可 <input type="checkbox"/> 3) 日常的に困難 <input type="checkbox"/> 4) できない	
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	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	
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	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	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) ストーマの処置
						<input type="checkbox"/> 5) 酸素療法 <input type="checkbox"/> 6) レスビレーター <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 <input type="checkbox"/> 11) じょくそうの処置
					<input type="checkbox"/> 12) カテーテル	
7	日常生活自立度	障害高齢者自立度	<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 両足での立位保持、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 生年月日や年齢を言う、
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 外出すると戻れない
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. 過去14日間にうけた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

主治医意見書②

0336

市区町村コード

対象者番号

記入日 年 月 日

3	心身の状態に関する意見	<p>(5) 身体の状態</p> <p>利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)</p> <p><input type="checkbox"/> 麻痺</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) </p> <p><input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)</p> <p><input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)</p> <p><input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)</p> <p><input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左</p> <p><input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)</p>	
4	生活機能とサービスに関する意見	<p>(1) 移動</p> <p>屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない</p> <p>車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している</p> <p>歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用</p> <p>(2) 栄養・食生活</p> <p>食事行為 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助</p> <p>現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良</p> <p>→栄養・食生活上の留意点 ()</p> <p>(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針</p> <p><input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊</p> <p><input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>→対処方針()</p> <p>(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し</p> <p><input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導</p> <p><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院</p> <p><input type="checkbox"/> その他の医療系サービス() <input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし</p> <p>(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項(該当するものを選択するとともに、具体的に記載)</p> <p><input type="checkbox"/> 血圧 () <input type="checkbox"/> 摂食 () <input type="checkbox"/> 嚥下 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 移動 () <input type="checkbox"/> 運動 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし</p> <p>(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明</p>	
	5	特記すべき事項	<p>要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。</p>
			<p>情報開示希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>

