



被保険者番号

<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

調査実施日

<div></div>	<div></div>	年	<div></div>	<div></div>	月	<div></div>	<div></div>	日
-------------	-------------	---	-------------	-------------	---	-------------	-------------	---

I 調査実施者（記入者）

ふりがな		所属機関	
記入者氏名		電 話	- -
指定居宅介護支援事業者等番号	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		
介護支援専門員番号	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	実施場所	自宅内・自宅外（ ）

II 調査対象者

過去の認定	(前回認定 年 月 日)	前回認定結果	()
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
		被保険者区分	
現住所	〒	電 話	- -
家族等 連絡先	〒	電 話	- -
	氏名 () 調査対象者との関係 ()		

III 現在受けているサービスの状況（在宅利用・施設利用）

家族状況 ☐ 独居 ☐ 同居（夫婦のみ） ☐ 同居（その他）

（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ヶ月の品目数を記載）

現在のサービス区分	<input type="checkbox"/> 1. 予防給付・総合事業 <input type="checkbox"/> 2. 介護給付	住宅改修	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
在宅 利用	訪問介護（ホームヘルプ） ・訪問型サービス <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	(介護予防) 訪問入浴介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	(介護予防) 訪問看護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	(介護予防) 訪問 リハビリテーション <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	(介護予防) 居宅療養管理指導 <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	通所介護（デイサービス） ・通所型サービス <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	
	(介護予防) 通所 リハビリテーション（デイケア） <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	(介護予防) 短期入所 生活介護（ショートステイ） <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	(介護予防) 短期入所 療養介護（療養ショート） <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	(介護予防) 特定施設 入居者生活介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	(介護予防) 福祉用具貸与 <div></div> <div></div> <div></div> <div>品目</div>	特定（介護予防） 福祉用具販売 <div></div> <div></div> <div></div> <div>品目</div>	夜間対応型訪問介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>
	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>回/月</div>	(介護予防) 認知症 対応型通所介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	(介護予防) 小規模 多機能型居宅介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	(介護予防) 認知症対応型 共同生活介護（グループホーム） <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	地域密着型特定施設 入居者生活介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	
	看護小規模多機能型 居宅介護 <div></div> <div></div> <div></div> <div>日/月</div>	市町村特別給付 介護保険給付外の在宅サービス					
施設 利用	<input type="checkbox"/> 居宅（施設利用なし） <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						

施設連絡先

施設名

施設住所 〒

電話



1-1「麻痺等の有無」について、あてはまるものすべてに印をつけてください。(複数回答可)

- ☐ 1.ない ☐ 2.左上肢 ☐ 3.右上肢 ☐ 4.左下肢 ☐ 5.右下肢 ☐ 6.その他(四肢の欠損)

1-2「拘縮の有無」について、あてはまるものすべてに印をつけてください。(複数回答可)

- ☐ 1.ない ☐ 2.肩関節 ☐ 3.股関節 ☐ 4.膝関節 ☐ 5.その他(四肢の欠損)

1-3「寝返り」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.つかまらないうでできる ☐ 2.何かにつかまればできる ☐ 3.できない

1-4「起き上がり」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.つかまらないうでできる ☐ 2.何かにつかまればできる ☐ 3.できない

1-5「座位保持」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.できる ☐ 2.自分の手で支えればできる ☐ 3.支えてもらえればできる ☐ 4.できない

1-6「両足での立位保持」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.支えなしでできる ☐ 2.何か支えがあればできる ☐ 3.できない

1-7「歩行」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.つかまらないうでできる ☐ 2.何かにつかまればできる ☐ 3.できない

1-8「立ち上がり」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.つかまらないうでできる ☐ 2.何かにつかまればできる ☐ 3.できない

1-9「片足での立位保持」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.支えなしでできる ☐ 2.何か支えがあればできる ☐ 3.できない

1-10「洗身」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.一部介助 ☐ 3.全介助 ☐ 4.行っていない

1-11「つめ切り」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.一部介助 ☐ 3.全介助

1-12「視力」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 普通 (日常生活に支障がない) ☐ 2. 約1m離れた視力確認表の図が見える ☐ 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える ☐ 4.ほとんど見えない ☐ 5. 見えているのか判断不能

1-13「聴力」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.普通 ☐ 2. 普通の声がよく聞き取れる ☐ 3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる ☐ 4.ほとんど聞こえない ☐ 5. 聞こえているのか判断不能

2-1「移乗」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.見守り等 ☐ 3.一部介助 ☐ 4.全介助

2-2「移動」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.見守り等 ☐ 3.一部介助 ☐ 4.全介助

2-3「えん下」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.できる ☐ 2.見守り等 ☐ 3.できない

2-4「食事摂取」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.見守り等 ☐ 3.一部介助 ☐ 4.全介助

記入例

0 1 2 3 4 5 6 6 7 8 9 9



様式管理番号
調2021-4



被保険者番号

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2-5「排尿」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 介助されていない
 ☐ 2. 見守り等
 ☐ 3. 一部介助
 ☐ 4. 全介助

2-6「排便」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 介助されていない
 ☐ 2. 見守り等
 ☐ 3. 一部介助
 ☐ 4. 全介助

2-7「口腔清潔」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 介助されていない
 ☐ 2. 一部介助
 ☐ 3. 全介助

2-8「洗顔」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 介助されていない
 ☐ 2. 一部介助
 ☐ 3. 全介助

2-9「整髪」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 介助されていない
 ☐ 2. 一部介助
 ☐ 3. 全介助

2-10「上衣の着脱」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 介助されていない
 ☐ 2. 見守り等
 ☐ 3. 一部介助
 ☐ 4. 全介助

2-11「ズボン等の着脱」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 介助されていない
 ☐ 2. 見守り等
 ☐ 3. 一部介助
 ☐ 4. 全介助

2-12「外出頻度」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. 週1回以上
 ☐ 2. 月1回以上
 ☐ 3. 月1回未満

3 認知機能について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| 3-1「意思の伝達」について | <input type="checkbox"/> 1. できる | <input type="checkbox"/> 2. ときどきできる | <input type="checkbox"/> 3. ほとんどできない | <input type="checkbox"/> 4. できない |
| 3-2「毎日の日課を理解すること」について | <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こと」について | <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)」について | <input type="checkbox"/> 1. できる | <input type="checkbox"/> 2. できない | | |
| 3-5「自分の名前を言うこと」について | <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こと」について | <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)」について | <input type="checkbox"/> 1. できる | <input type="checkbox"/> 2. できない | | |
| 3-8「徘徊」について | <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こと」について | <input type="checkbox"/> 1. ない | <input type="checkbox"/> 2. ときどきある | <input type="checkbox"/> 3. ある | |

4 精神・行動障害について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 4-1「物を盗られたなどと被害的になること」について | <input type="checkbox"/> 1. ない | <input type="checkbox"/> 2. ときどきある | <input type="checkbox"/> 3. ある |
| 4-2「作話をすること」について | <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こと」について | <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」について | <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こと」について | <input type="checkbox"/> 1. ない | <input type="checkbox"/> 2. ときどきある | <input type="checkbox"/> 3. ある |

記入例

0	1	2	3	4	5	6	6	7	8	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

様式管理番号
調2021-4



- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 4-6「大声を出すこと」について | <input type="checkbox"/> 1.ない | <input type="checkbox"/> 2.ときどきある | <input type="checkbox"/> 3.ある |
| 4-7「介護に抵抗すること」について | <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』等と言い落ち着きがないことについて | <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こと」について | <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、無断でもってくること」について | <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こと」について | <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」について | <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こと」について | <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こと」について | <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、会話にならないこと」について | <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」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.一部介助 ☐ 3.全介助

5-2「金銭の管理」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.一部介助 ☐ 3.全介助

5-3「日常の意思決定」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1. できる (特別な場合もできる) ☐ 2.特別な場合を除いてできる ☐ 3.日常的に困難 ☐ 4.できない

5-4「集団への不適応」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.ない ☐ 2.ときどきある ☐ 3.ある

5-5「買い物」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.見守り等 ☐ 3.一部介助 ☐ 4.全介助

5-6「簡単な調理」について、あてはまるもの一つだけに印をつけてください。

- ☐ 1.介助されていない ☐ 2.見守り等 ☐ 3.一部介助 ☐ 4.全介助

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまるものすべてに印をつけてください。(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.じよくそうの処置 | <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 日常生活自立度について、各々該当するもの一つだけ印をつけてください。
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

- ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

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

記入例

0 1 2 3 4 5 6 6 7 8 9 9



様式管理番号
調2021-4



差替



被保険者番号



認定調査票(概況調査)

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。

--

認定調査票(特記事項)

[illegible]