



被保険者番号

調査実施日 年 月 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
介護支援専門員番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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	(介護予防)訪問リハビリテーション	通所介護(デイサービス・通所型サービス)
	(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	(介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)	特定(介護予防)福祉用具販売
	(介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)	(介護予防)特定施設入居者生活介護	夜間対応型訪問介護
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(介護予防)認知症対応型通所介護	地域密着型特定施設入居者生活介護
看護小規模多機能型居宅介護	市町村特別給付	施設連絡先	
	介護保険給付外の在宅サービス	施設名	
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	施設住所	〒
	<input type="checkbox"/> その他の施設等	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を除く



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 やっと聞き取れる 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

