

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、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

認定調査票（概況調査）

0431

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

家族等連絡先住所氏名 _____ 対象者との関係（ ）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。

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月の品目数を記載

現在受けているサービスの状況 なし 予防給付サービス・総合事業 介護給付サービス

・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・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 _____

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"/> 介護療養型医療施設	<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"/> 養護老人ホーム※1	<input type="checkbox"/> その他の施設等
<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"/> 軽費老人ホーム※1	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1、2
<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 - -

IV. ※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。
 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下さい。
 ※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）

当欄の特記すべき事項は、認定調査票（特記事項）に記載して下さい。

認定調査票(基本調査)

0412

市区町村コード 15100 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 薬回への不遵応	<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		

調査実施日

年

月

日

--

調査票項目		レ点	特記事項記入欄	
1 麻痺	2 左上肢			
	3 右上肢			
	4 左下肢			
	5 右下肢			
	6 その他			
	2 拘縮	2 肩関節		
3 股関節				
4 膝関節				
5 その他				
1	3 寝返り			
	4 起き上がり			
	5 座位保持			
	6 両足での立位保持			
	7 歩行			
	8 立ち上がり			
	9 片足での立位保持			
	10 洗身			
	11 つめ切り			
	12 視力			
	13 聴力			
	余白			

調査実施日

年

月

日

調査票項目		レ点	特記事項記入欄
2	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	1 意思の伝達		
	2 毎日の日課		
	3 生年月日や年齢		
	4 調査直前の記憶		
	5 自分の名前		
	6 今の季節		
	7 自分がいる場所		
	8 目的のない徘徊		
	9 外出して戻れない		
余白			

調査実施日

年

月

日

調査票項目		レ点	特記事項記入欄
4	1 被害的になる		
	2 作話		
	3 感情が不安定		
	4 昼夜逆転		
	5 同じ話		
	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	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	過去14日間に受けた医療		
7	1 障害高齢者自立度		
	2 認知症高齢者自立度		
余白			