

# 認定調査票(基本調査①)

0402

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

1-1 麻痺等の有無 (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 <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)
1-2 拘縮の有無 (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 <input type="checkbox"/> 4) 膝関節 <input type="checkbox"/> 5) その他(四肢の欠損)
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 自 分の 手 で 支 え ら れ ば 可 能 <input type="checkbox"/> 3) 支 え て も ら え れ ば 可 能 <input type="checkbox"/> 4) できない
1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支 え な し で 可 能 <input type="checkbox"/> 2) 何 か 支 え が あ ら ば 可 能 <input type="checkbox"/> 3) できない
1-7 歩行	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1) つかまら ないで できる <input type="checkbox"/> 2) 何かにつかま れば できる <input type="checkbox"/> 3) できない
1-9 片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1) 支 え な し で 可 能 <input type="checkbox"/> 2) 何 か 支 え が あ ら ば 可 能 <input type="checkbox"/> 3) できない
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
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
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 1) 普通(日常 生活に支障 がない) <input type="checkbox"/> 2) 約1m離れた 視力確認表の 図が見える <input type="checkbox"/> 3) 目の前に置いた 視力確認表の 図が見える <input type="checkbox"/> 4) ほとん ど見えない <input type="checkbox"/> 5) 見 て い る の か 判 断 不 能
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 1) 普通 <input type="checkbox"/> 2) 普通 の 声 が や つ と 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> 3) 可 なり 大 き な 声 な ら 何 と か 聞 き 取 れ る <input type="checkbox"/> 4) ほとん ど 聞 こ え な い <input type="checkbox"/> 5) 聞 こ え て い る の か 判 断 不 能
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 1) 調査対象者が意思を 他者に伝達できる <input type="checkbox"/> 2) ときどき伝達できる <input type="checkbox"/> 3) ほとんど伝達 できない <input type="checkbox"/> 4) できない
3-2 毎日の日課を理解する	<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	<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)	<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	<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	<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)	<input type="checkbox"/> 1) できる <input type="checkbox"/> 2) 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
3-9 外出すると戻れない	<input type="checkbox"/> 1) ない <input type="checkbox"/> 2) ときどきある <input type="checkbox"/> 3) ある

# 認定調査票(基本調査②)

0403

市区町村コード

対象者番号

調査日 年 月 日

4-1	物を盗られたなどと被害的になる	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> 1) ない	<input type="checkbox"/> 2) ときどきある	<input type="checkbox"/> 3) ある	
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	
4-7	介護に抵抗する	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	
5-3	日常の意思決定	<input type="checkbox"/> 1) できる	<input type="checkbox"/> 2) 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 3) 日常的に困難 <input type="checkbox"/> 4) できない	
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	
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 過去14日間に受けた医療(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			
	特別な対応	<input type="checkbox"/> 8) 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 9) 経管栄養			
		<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	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			