

川口市

(概況調査)

★調査終了後、この用紙は各事業所で保管してください(6ヶ月保存)

調査対象者	被保険者番号:	生年月日:M・T・S	年	月	日(歳)
	氏名:	性別: 男・女	駐車場: 調査先・他()		
	住所:	電話:			
調査員氏名	調査員氏名:	調査時間	時	分	～
	実施日: 令和 年 月 日	調査実施場所: 自宅・その他()	前回認定結果: 非該当・要支援()・要介護()		

在宅利用 現在受けているサービスの状況	現在のサービス	<input type="checkbox"/> 予防給付	<input type="checkbox"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> なし
	☆認定調査を行った月のサービス利用回数を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス)	回/月	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	回/月	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(調査日時点)	品目
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売(過去6月)	品目
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	回/月	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	回/月	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	回/月	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア)	回/月	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(特養等)	回/月	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健・診療所)	日/月	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日/月	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	日/月
	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし		
	介護保険給付外の在宅サービス【		市町村特別給付【	

施設利用	施設名	棟	階	号室
	住所	電話 ()		
	①介護老人福祉施設	⑥医療機関(医療保険適用療養病床)		
	②介護老人保健施設	⑦医療機関(療養病床以外)		
	③介護療養型医療施設	⑧介護医療院		
	④認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム): 日/月	⑨その他の施設		
	⑤特定施設入居者生活介護適用施設: 日/月	※⑤以外の有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅、高齢者向け賃貸住宅等		

家族等連絡先	氏名:	氏名:
	調査対象者との関係:	調査対象者との関係:
	電話: ()	立ち会えない場合の理由:
調査時立会した家族等・または立ち会えない場合は連絡した家族等		

家族状況、居住環境、調査対象者および家族等の主訴について必ず聞き取りの上、概況調査に記入をお願いします

<介護サービス・福祉用具貸与・特定福祉用具販売・住宅改修等利用している場合は詳しい内容を記入して下さい>

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
前回の認定時と比較し、介護の手間の変化について該当する番号には○をつけてください。
1 介護の手間が増えている 2 介護の手間が減っている 3 介護の手間は変わらない 4 わからない

第一群 身体機能・起居動作1-1 麻痺等の有無について<過去1週間> ない 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 その他

有無

1-2 拘縮の有無について<過去1週間> ない 肩関節 膝関節 股関節 その他

有無

1-3 寝返りについて<過去1週間> つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない

能力

1-4 起き上がりについて<過去1週間> つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない

能力

1-5 座位保持について(10分間)<過去1週間> できる 自分で支えればできる 支えてもらえればできる できない

能力

1-6 両脚での立位保持について(10秒間)<過去1週間> 支えなしでできる 何か支えがあればできる できない

能力

1-7 歩行について(5m)<過去1週間> つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない

能力

1-8 立ち上がりについて<過去1週間> つかまらないでできる 何かにつかまればできる できない

能力

1-9 片脚での立位について(1秒間)<過去1週間> 支えなしでできる 何か支えがあればできる できない

能力

1-10 洗身について<過去1週間> 介助されていない 一部介助 全介助 行っていない

介助

1-11 つめ切りについて<過去1ヶ月> 介助されていない 一部介助 全介助

介助

1-12 視力について<過去1週間> 普通 約1mが見える 目の前が見える ほとんど見えない 判断不能

能力

1-13 聴力について<過去1週間> 普通 普通の声やっと かなり大きな声 ほとんど聞こえない 判断不能

能力

第二群 生活動作2-1 移乗について<過去1週間> 介助不要 見守り等 一部介助 全介助

介助

2-2 移動について<過去1週間> 介助不要 見守り等 一部介助 全介助

介助

2-3 えん下について<過去1週間> できる 見守り等（出来るでも出来ないでもないもの） できない

能力

2-4 食事摂取について<過去1週間> 介助不要 見守り等 一部介助 全介助

介助

2-5 排尿について<過去1週間> 介助不要 見守り等 一部介助 全介助

介助

2-6 排便について<過去1週間> 介助不要 見守り等 一部介助 全介助

介助

2-7 口腔清潔について<過去1週間> 介助不要 一部介助 全介助

介助

2-8 洗顔について<過去1週間> 介助不要 一部介助 全介助

介助

2-9 整髪について<過去1週間> 介助不要 一部介助 全介助

介助

2-10 上衣の着脱について<過去1週間> 介助不要 見守り等 一部介助 全介助

介助

2-11 スポンの着脱について<過去1週間> 介助不要 見守り等 一部介助 全介助

介助

2-12 外出頻度について<過去1ヶ月> 週一回以上 月一回以上 月一回未満

有無

第三群 認知機能

3-1 意思の伝達について<過去1週間> できる ときどきできる ほとんどできない できない

能力

3-2 毎日の日課を理解<過去1週間> できる できない

能力

3-3 生年月日や年齢を言う<過去1週間> できる できない

能力

3-4 短期記憶<過去1週間> できる できない

能力

3-5 自分の名前を言う<過去1週間> できる できない

能力

3-6 今の季節を理解する<過去1週間> できる できない

能力

3-7 場所の理解<過去1週間> できる できない

能力

3-8 徘徊について<過去1ヶ月> ない ときどきある ある

有無

3-9 外出すると戻れない<過去1ヶ月> ない ときどきある ある

有無

第四群 精神・行動障害	過去1ヶ月間の状況で判断 <small>(環境変化時は変化後から調査日まで)</small>
--------------------	---

4-1	物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-2	作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-4	昼夜の逆転がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-5	しつこく同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-6	大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-7	介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-8	「家に帰る」等と言いつち落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-9	一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
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"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-11	物や衣類を壊したり、破いたりする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-12	ひどい物忘れ(周囲の者が対応が必要な状況)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-14	自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
4-15	話がまとまらず、会話にならない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				

第五群 社会生活への適応	
---------------------	--

5-1	薬の内服について <過去1週間>	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
介助				
5-2	金銭の管理について <過去1週間>	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
介助				
5-3	日常の意思決定について<過去1ヶ月>	<input type="checkbox"/> できる(特別な場合も)	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除く	<input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない
能力				
5-4	集団への不適応について<過去1ヶ月>	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
有無				
5-5	買い物について<過去1週間>	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
介助				
5-6	簡単な調理について<過去1週間>	<input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
介助				

その他 過去14日間にうけた特別な医療について	評価軸：有 無
--------------------------------	----------------

- | | |
|--|--|
| <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 <small>(がん末期に相当するひどい痛み)</small>
<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) |
|--|--|