



# 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) 自分の手で支えれ ばできる <input type="checkbox"/> 3) 支えてもらえれ ばできる <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 できる <input type="checkbox"/> 2) 何か支えがあれば できる <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 できる <input type="checkbox"/> 2) 何か支えがあれば できる <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) 見えて いるのか 判断不能
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 1) 普通 <input type="checkbox"/> 2) 普通の声はやつ と聞き取れる <input type="checkbox"/> 3) かなり大きな 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」等と言いつつ落ち着きがない	<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 過去療 14 日間 に 受 け た  ( 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	





