

認定調査票 OCR シートの記載例

①保険者番号

1 5 2 0 5 8 (柏崎市の番号) としてください。

②被保険者番号

0 を含めて 1 0 桁の介護保険被保険者番号を記載してください。

③認定申請日

新規申請、区分変更申請の場合は、申請書記載の申請年月日にしてください。更新申請の場合は、調査実施日と同日にしてください。

④記入者氏名・調査対象者氏名

該当の方の氏名を記載してください。

⑤性別・生年月日

調査対象者の性別及び年号に○を付け、生年月日及び認定申請日時点での年齢を記載してください。

⑥申請区分・申請代行区分・被保険者区分

該当する項目に○を付けてください。

⑦前回の要介護認定の結果

該当する介護度に○を付けてください。

⑧有効期間

該当する年号に○を付け、有効期間の開始日と終了日を記載してください。

⑨調査実施日

調査を実施した日を記載してください。

⑩実施場所

調査を実施した場所に応じ、自宅内又は自宅外のいずれかに○を付けてください。自宅外の場合、施設名をカッコ内に記載してください。

⑪指定居宅介護支援事業者等番号・認定調査員番号

指定居宅介護支援事業者等番号は、貴事業所の番号を記載してください。

認定調査員番号は、調査を実施した方の番号を右詰めで記載し、左の空欄は0を記載してください。番号は、別途市から通知された番号を使用してください。

⑫認定副調査員番号

記載不要です。

⑬現在受けているサービスの状況

認定調査を行った当該月のサービスの利用状況を記載してください。該当がない場合は、なしに○を付けてください。

⑭施設利用・施設名

施設や病院等に入所(院)している場合は、該当する施設に○を付け、施設名を記載してください。該当がなければ記載不要です。

⑮家族状況

調査対象者の家族状況について、あてはまるものに○を付けてください。施設利用中の場合、施設入所前の家族状況で○を付けてください。

2401

概況調査 認定調査票

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なって下さい。

保険者番号 ① 被保険者番号 ② 認定申請日 令和 ③ 枝番

記入者氏名 ④ 調査対象者氏名 性別 男 女 生年月日 明治 大正 ⑤ (歳)

申請区分 新規 更新 区分変更 職権 なし(初回) 非該当 経時的要介護 ⑦

申請代行区分 本人 地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者 介護保険施設 その他 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

被保険者区分 第一号被保険者 第二号被保険者 その他

調査実施日 令和 ⑨ 指定居宅介護支援事業者等番号 ⑪

実施場所 自宅内 自宅外 ⑩ 認定調査員番号 ⑪ 認定副調査員番号 ⑫

現在受けているサービスの状況 なし 予防給付・総合事業 介護給付 ※現在受けているサービスが「なし」の場合は、施設利用のみ記載。「予防給付・総合事業」を選択時は、①～⑬、⑮、⑯が記入対象。「介護給付」を選択時は、①～⑬が記入対象。

訪問介護(ホームヘルプ) 訪問型サービス	通所介護(デイサービス) 通所型サービス	介護予防 福祉用具貸与	介護予防 小規模多機能型居宅介護
(介護予防) 訪問入浴介護	(介護予防) 通所リハビリテーション(デイケア)	特定(介護予防) 福祉用具販売	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
(介護予防) 訪問看護	(介護予防) 短期入所生活介護(特養等)	⑬ 自宅改修 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	地域密着型特定施設入居者生活介護
(介護予防) 訪問リハビリテーション	(介護予防) 短期入所療養介護(療養ショート)	夜間対応型訪問介護	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
(介護予防) 居宅療養管理指導	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	(介護予防) 認知症対応型通所介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付		<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス	

施設利用 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)

特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) 医療機関(医療保険適用療養病床) 医療機関(療養病床以外)

養護老人ホーム※1 軽費老人ホーム※1 有料老人ホーム※1,2 サービス付き高齢者向け住宅※1 その他の施設等

施設名 電話

家族状況 独居 同居(夫婦のみ) 同居(その他) ⑮

基本調査

あてはまる項目の□内に○印をご記入ください。【記入例】

1-1 麻痺等の有無(複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他	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
1-2 関節可動制限域(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 肩 <input type="checkbox"/> 3 股 <input type="checkbox"/> 4 膝 <input type="checkbox"/> 5 その他	3-2 日課の理解	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 できない <input type="checkbox"/> 3-6 季節の理解 <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	3-3 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"/> 3-7 場所の理解 <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	3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 できない <input type="checkbox"/> 3-8 徘徊 <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある
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 支え必要 <input type="checkbox"/> 4 できない	3-5 自分名前をいう	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 できない <input type="checkbox"/> 3-9 外出して戻れない
1-6 両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 支え必要 <input type="checkbox"/> 3 できない	4-1 被害的	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある <input type="checkbox"/> 4-9 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <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	4-2 作話	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある <input type="checkbox"/> 4-10 収集癖 <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <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	4-3 感情不安定	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある <input type="checkbox"/> 4-11 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある
1-9 片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 支え必要 <input type="checkbox"/> 3 できない	4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある <input type="checkbox"/> 4-12 ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <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	4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある <input type="checkbox"/> 4-13 独り言 独り笑い <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <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	4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある <input type="checkbox"/> 4-14 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 1mで見える <input type="checkbox"/> 3 目の前が見える <input type="checkbox"/> 4 ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 5 判断不能	4-7 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある <input type="checkbox"/> 4-15 話がまとまらない <input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ある
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やっと聞える <input type="checkbox"/> 3 大声聞える <input type="checkbox"/> 4 ほとんど聞えない <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 <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	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
2-2 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	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
2-3 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	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
2-4 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	5-4 集団参加ができない	<input type="checkbox"/> 1 ない <input type="checkbox"/> 2 ときどきある <input type="checkbox"/> 3 ある
2-5 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	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
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	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
2-7 口腔清潔(はみがき等)	<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	6 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(人工肛門)
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	過去14日間に受けた医療(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 5 酸素療法 <input type="checkbox"/> 6 レスピレータ(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 7 気管切開の処置
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	特別な対応	<input type="checkbox"/> 8 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 9 経管栄養
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	失禁への対応	<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
2-11 スボン・パンツ等の着脱	<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		<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)
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	7-1 障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> A1 <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
		7-2 認知症高齢者自立度	<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

備考