

| | |
|---|----------|
| 写 | 千葉市中央区 |
| | 平成 年 月 日 |

認定調査票（概況調査）

保険者番号 121004

被保険者番号 *****

(調査実施者)
調査実施日 平成 年 月 日

(調査対象者) 新要介護認定 新認定 (2009版)

| | | | | | |
|----------|----------|------|-------------|----|----|
| 氏名 | ***** | | | | |
| 申請年月日 | 平成 年 月 日 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | | |
| 申請回数 | 初回 | 性別 | ** | 年齢 | ** |
| 前回認定結果 | | | 前回介護保険審査会結果 | | |
| 前回認定有効期間 | | | ~ | | |

(現在受けているサービス) なし

| | | |
|-----------------------|------------|--------|
| 現在の状況 | 居宅(施設利用なし) | |
| 訪問介護(ホームヘルプサービス) | 0 | 回/月 |
| 訪問入浴介護 | 0 | 回/月 |
| 訪問看護 | 0 | 回/月 |
| 訪問リハビリテーション | 0 | 回/月 |
| 居宅療養管理指導 | 0 | 回/月 |
| 通所介護(デイサービス) | 0 | 回/月 |
| 通所リハビリテーション | 0 | 回/月 |
| 短期入所生活介護(ショートステイ) | 0 | 日/月 |
| 短期入所療養介護 | 0 | 日/月 |
| 特定施設入居者生活介護 | 0 | 日/月 |
| 福祉用具貸与 | 0 | 品目 |
| 特定福祉用具販売 | 0 | 品目/6月間 |
| 住宅改修 | なし | |
| 夜間対応型訪問介護 | 0 | 日/月 |
| 認知症対応型通所介護 | 0 | 日/月 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 0 | 日/月 |
| 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 0 | 回/月 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 0 | 回/月 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 0 | 回/月 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 0 | 回/月 |
| 複合型サービス | 0 | 日/月 |
| 市町村特別給付 | なし | |
| 介護保険給付以外のサービス | なし | |

(施設利用)

| | |
|------|-------|
| 施設名称 | |
| 施設住所 | 〒 |
| | |
| | |
| | |
| 電話番号 | |

(特記事項)

<概況調査>

| |
|---------------------|
| 第三者行為 無 概況調査の内容を記述。 |
| |
| |
| |
| |

認定調査票 (基本調査)

平成 年 月 日 作成
 平成 年 月 日 申請
 平成 年 月 日 調査
 平成 年 月 日 審査

写 千葉市中央区
 平成 年 月 日

保険者番号 : 121004 年齢 : ** 性別 : **
 現在の状況 : 居宅(施設利用なし)

申請区分 : 新規申請
 被保険者区分 : 第 1 号被保険者

| < 2 認定調査項目 > | 調査結果 |
|--------------|------|
|--------------|------|

| | |
|------------------------|--|
| 第 1 群 身体機能・起居動作 | |
|------------------------|--|

| | |
|---|---|
| 1. 麻痺 (左-上肢) (右-上肢) (左-下肢) (右-下肢) (その他) 2. 拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他) 3. 寝返り 4. 起き上がり 5. 座位保持 6. 両足での立位 7. 歩 行 8. 立ち上がり 9. 片足での立位 10. 洗 身 11. つめ切り 12. 視 力 13. 聴 力 | ある つかまれば可 自分で支えれば可 支えが必要 つかまれば可 つかまれば可 支えが必要 行っていない 一部介助 大声が聞こえる |
|---|---|

| | |
|-------------------|--|
| 第 2 群 生活機能 | |
|-------------------|--|

| | |
|--|---|
| 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 | 一部介助 月 1 回以上 |
|--|---|

| | |
|-------------------|--|
| 第 3 群 認知機能 | |
|-------------------|--|

| | |
|---|--|
| 1. 意思の伝達 2. 毎日の日課を理解 3. 生年月日を言う 4. 短期記憶 5. 自分の名前を言う 6. 今の季節を理解 7. 場所の理解 8. 徘徊 9. 外出して戻れない | |
|---|--|

| | |
|----------------------|--|
| 第 4 群 精神・行動障害 | |
|----------------------|--|

| | |
|---|----|
| 1. 被害的 2. 作 話 3. 感情が不安定 4. 昼夜逆転 5. 同じ話をする 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 | ある |
|---|----|

| | |
|-----------------------|--|
| 第 5 群 社会生活への適応 | |
|-----------------------|--|

| | |
|---|--|
| 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 | 一部介助 一部介助 特別な場合以外可 全介助 全介助 |
|---|--|

| < 特別な医療 > | 調査結果 | 調査結果 |
|-----------|------|------|
|-----------|------|------|

| | | |
|---|--|---|
| 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスピレーター | | 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定 じょくそうの処置 カテーテル |
|---|--|---|

※調査結果が空欄の場合は以下のとおり

【第 1 群】
 ・ 1～2 : ない
 ・ 3～9 : できる
 ・ 10～11 : 自立
 ・ 12～13 : 普通

【第 2 群】
 ・ 1～2 : 自立
 ・ 3 : できる
 ・ 4～11 : 自立
 ・ 12 : 週 1 回以上

【第 3 群】
 ・ 1～7 : できる
 ・ 8～9 : ない

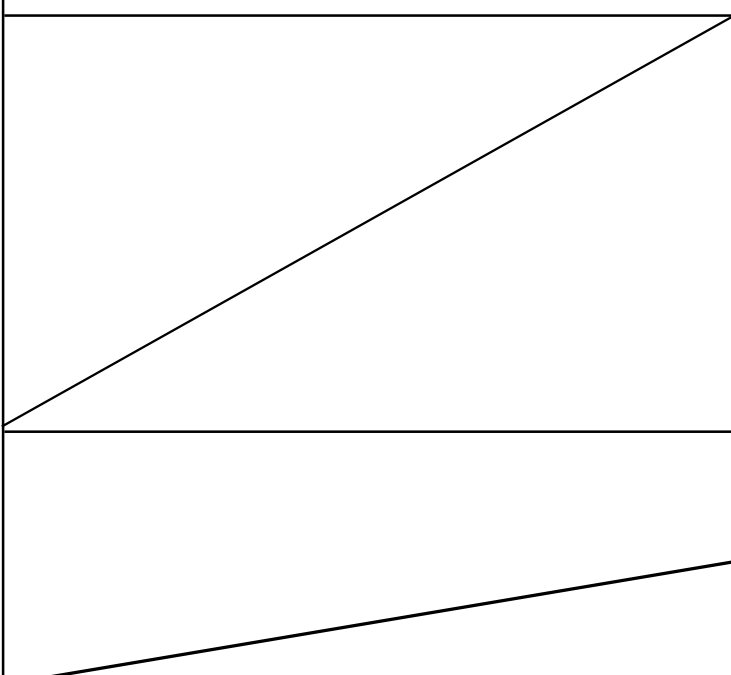
【第 4 群】 : ない

【第 5 群】
 ・ 1～2 : 自立
 ・ 3 : できる
 ・ 4 : ない
 ・ 5～6 : できる

【特別な医療】 : ない

< 4 日常生活自立度 >

| | |
|---------------------------------|----|
| 障害高齢者自立度 : A 2 認知症高齢者自立度 : I | 訪問 |
|---------------------------------|----|



写

千葉市中央区

平成 年 月 日

用 ver.3)

記入日

30

保険者番号

1 2 1 0 0 4

被保険者番号

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

申請者

(ふりがな)

姓・大・小

年

月

日生 (歳)

県

〒

女

連絡先

()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに



同意する。



同意しない。

医師氏名

医療機関名

所在地

電話

FAX

(1) 最終診察日

平成 年 月 日

最終診察日の状況:

通院・訪問中 入院中・施設入所中

(2) 意見書作成回数

初回



2回目以上

(3) 他科受診の有無

有



無

(有の場合)→

内科

精神科

外科

整形外科

脳神経外科

皮膚科

泌尿器科

婦人科

眼科

耳鼻咽喉科

リハビリテーション科

歯科

その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

- 1. _____ 発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日頃
- 2. _____ 発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日頃
- 3. _____ 発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日頃

(2) 症状としての安定性



安定



不安定



不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

- 処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法
- レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養
- 特別な対応 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置
- 失禁への対応 カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 無 有 { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
- 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状



無



有

(症状名: _____)

専門医受診の有無



有



無

(5) 身体の状態 利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____)
 麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
 その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
 褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療
 訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導
 訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 特になし あり (_____) ・移動 特になし あり (_____)
 ・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (_____)
 ・嚥下 特になし あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
 無 有 (_____) 不明

5. 特記すべき事項 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

(福祉用具の必要性) がん末期等で状態が急速に悪化し、短期間のうちに起き上がり又は寝返り等が困難になることが確実に見込まれる
 主治医として、本意見書が申請者個人に情報開示されることに同意しない
 ケアプランの提供を希望する
 認定結果情報の送付を希望する

| | |
|---|----------|
| 写 | 千葉市中央区 |
| | 平成 年 月 日 |

介護保険調査票特記事項

別紙 2

保険者番号: *****

被保険者番号: *****

特記事項の内容

概況調査

第三者行為 無 特記事項概況調査の内容

1-1. 麻痺等の有無

両下肢に麻痺あり。

1-4. 起き上がり

布団に手を付き自力で起き上がる。

2-1. 移乗

外出の際は見守りを受けながら移動している。部屋からトイレまでは1人で移動している。

2-4. 食事摂取

食事の用意をしてもらい、自力で摂取する。