

訪問調査票 1 (OCR用)

70

保険者番号

被保険者番号

0 2 2 1 0 3

概況調査

調査対象者

名前		性別	生年月日			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	() 才	
連絡先	氏名	現住所 〒			Tel	
	関係	連絡先住所 〒			Tel	

調査実施者

実施日	元号	年	月	日	
調査員					氏名
					所属機関

現在受けているサービス

<input type="checkbox"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> 予防給付 総合事業	<input type="checkbox"/> なし	家族状況	<input type="checkbox"/> 0: 独居 1: 同居(夫婦のみ) 2: 同居(その他)
-------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	------	---

現在状況	01: 居宅、02: 老人福祉施設、03: 老人保健施設、05: グループホーム、 06: 特定施設入居者生活介護適用施設、07: 医療機関(療養)、08: 医療機関(療養以外)、09: その他、 10: 介護医療院、11: 養護老人ホーム、12: 軽費老人ホーム、13: 有料老人ホーム、14: サービス付住宅
------	--

居宅の場合 該当するものに記入 (複数回答可) 「夜間訪問」・「地域特定」 「地域福祉」・「定期巡回」 「看護小規模」は介護 給付のみの項目です。 受けている 居宅介護の内容 (厚労省に準拠する)	訪問 介護	<input type="checkbox"/>	訪問 入浴	<input type="checkbox"/>	訪問 看護	<input type="checkbox"/>	訪問 リハ	<input type="checkbox"/>
	療養 指導	<input type="checkbox"/>	通所 介護	<input type="checkbox"/>	通所 リハ	<input type="checkbox"/>	短期 生活	<input type="checkbox"/>
	短期 療養	<input type="checkbox"/>	特定 施設	<input type="checkbox"/>	用具 貸与	<input type="checkbox"/>	用具 販売	<input type="checkbox"/>
	夜間 訪問	<input type="checkbox"/>	認知 通所	<input type="checkbox"/>	小規模 居宅	<input type="checkbox"/>	認知 共同	<input type="checkbox"/>
	地域 福祉	<input type="checkbox"/>	地域 特定	<input type="checkbox"/>	住宅 改修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	定期 巡回	<input type="checkbox"/>	看護 小規模	<input type="checkbox"/>			回答個数 の合計	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 () <input type="checkbox"/> 予防給付・介護給付以外の 在宅サービス ()								

特記事項 (調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境、日常的に使用する機器・器械の有無等について)

基本調査

麻痺・拘縮は「有」の場合は合計欄にチェックした数を記入。「無」の場合は「0」を記入。

第1群 身体機能・起居動作													
1-1 麻痺 (複数回答可)		回答 合計	<input type="checkbox"/>	<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
1-2 拘縮 (複数回答可)		回答 合計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肩関節	<input type="checkbox"/>	股関節	<input type="checkbox"/>	膝関節	<input type="checkbox"/>	その他		
1-3 寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	1-5 座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない										
1-4 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	1-6 両足立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない										

訪問調査票 2 (OCR用)

71

保険者番号

被保険者番号

0 2 2 1 0 3

基本調査

第1群 身体機能・起居動作

1-7 歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-10 洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない
1-8 立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	1-11 つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
1-9 片足立位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない					
1-12 視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 1m先が見える	<input type="checkbox"/> 目の前が見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えず	<input type="checkbox"/> 判断不能			
1-13 聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やっと聞こえる	<input type="checkbox"/> 大声が聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえず	<input type="checkbox"/> 判断不能			

第2群 生活機能

2-1 移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-7 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-2 移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-8 洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-3 えん下	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> できない		2-9 整髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
2-4 食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-10 上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-5 排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-11 スポン等着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
2-6 排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	2-12 外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満

第3群 認知機能

3-1 意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々可	<input type="checkbox"/> ほとんど不可	<input type="checkbox"/> できない	3-6 今の季節を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
3-2 毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-7 場所の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
3-3 生年月日・年齢を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-8 徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
3-4 短期記憶	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			3-9 外出して戻れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
3-5 自分の名前を言う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない					

第4群 精神・行動障害

4-1 被害的	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-7 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-2 作話	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-8 落ち着きな	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-3 感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-9 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-4 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-10 収集癖	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-5 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-11 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-6 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-12 ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある

訪問調査票 3 (OCR用)

72

保険者番号

被保険者番号

0 2 2 1 0 3

基本調査

第4群 精神・行動障害

4-13 独り言・独り笑い ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある

4-15 話がまとまらない ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある

4-14 自分勝手に行動する ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある

第5群 社会生活への適応

5-1 薬の内服 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

5-5 買い物 ☐ できる ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

5-2 金銭の管理 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

5-6 簡単な調理 ☐ できる ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

5-3 日常の意思決定 ☐ できる ☐ 特別除 ☐ 困難 ☐ できない

5-4 集団への不適応 ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある

過去14日間にうけた特別な医療について（あてはまる番号すべてにチェック）

処置内容

☐ 1. 点滴の管理

☐ 2. 中心静脈栄養

☐ 3. 透析

☐ 4. ストーマ（人工肛門）の処置

☐ 5. 酸素療法

☐ 6. レスピレーター（人工呼吸器）

☐ 7. 気管切開の処置

☐ 8. 疼痛の看護

☐ 9. 経管栄養

特別な対応

☐ 10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度）

☐ 11. じょくそうの処置

☐ 12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

回答
合計

☐ ☐

日常生活の自立度について

1. 障害高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

2. 認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

主治医意見書の使用

☐ あり

☐ なし

意見書短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり

意見書認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない

意見書伝達能力 ☐ 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

意見書食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

意見書-障害高齢者自立度・認知症高齢者自立度

障害高齢者自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

認知症高齢者自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M