

# 訪問調査票 3 (OCR用)

116

保険者番号

被保険者番号

     
         

## 基本調査

### 第4群 精神・行動障害

4-13 独り言・独り笑い	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	4-15 話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある
4-14 自分勝手に行動する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある				

### 第5群 社会生活への適応

5-1 薬の内服	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	5-5 買い物	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
5-2 金銭の管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	5-6 簡単な調理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
5-3 日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別除	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> できない				
5-4 集団への不適応	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 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	<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	<input type="checkbox"/> 9. 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> 10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度）	<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	<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
2. 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"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

主治医意見書の使用 ☐ あり ☐ なし

意見書短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり		
意見書認知能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない
意見書伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる	<input type="checkbox"/> 伝えられない
意見書食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 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	<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
認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	